

BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ REGISTRO HOSPITALAR: _____ CPF: _____

RG: _____

2) DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI QUE DEVO ME SUBMETER À:

2.a) NOME DO PROCEDIMENTO: BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

2.b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:

- Limpeza da pele da mama com antisséptico;
- Anestesia local da pele sobre o nódulo com anestésico de acordo com a preferência do cirurgião;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção de todo o tecido tumoral;
- Colocação de material coletado em frasco com formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes com bisturi elétrico ou com pontos - fio cirúrgico;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão;

2.c) POSSIBILIDADE DE INSUCESSOS: Entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento.

2.d) POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local de onde se retirou o nódulo, devendo, eventualmente, ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção local que, às vezes, pode requerer drenagem de coleção purulenta e uso de antibióticos;
- Deiscência da sutura (abertura de ponto), necessitando de nova rafia (restauração do ponto que abriu).

2.e) SOBRE A ANESTESIA: Anestesia será local.

2.f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo o material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

3) DECLARO E CONFIRMO mais uma vez que entendi todas as explicações que me foram fornecidas, de forma clara e simples, inclusive, entendendo o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me restando dúvidas sobre o procedimento ao qual serei submetida. Foi-me explicado claramente que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica inicialmente programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

4) POR ESTE CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita com as informações, tendo sido esclarecidos todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e, por tais condições, **CONSINTO** que se proceda em minha pessoa, a cirurgia para **BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA**.

5) DECLARO, também, que entendi e compreendo que, a qualquer momento, sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, poderei, antes do procedimento, revogar o presente consentimento.

 Observações: -----

Local: _____ Data: _____

 Assinatura do médico

 Assinatura da paciente

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ REGISTRO HOSPITALAR: _____ CPF: _____

RG: _____

2) DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI QUE DEVO ME SUBMETER À:

2.a) NOME DO PROCEDIMENTO: BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA.

2.b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:

- Limpeza da pele da mama com antisséptico;
- Anestesia local da pele sobre o nódulo de mama, utilizando-se *xylocaína*;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção, em cunha, do tecido tumoral;
- Colocação do material coletado em frasco de formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes, utilizando-se bisturi elétrico ou pontos de *catgut*;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão.

2.c) POSSIBILIDADES DE INSUCESSO: Entendo que podem ocorrer insucessos, isto é, o procedimento pode não apresentar resultado, em especial, por falta de material adequado para a biópsia, necessitando-se repetir a mesma.

2.d) POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde houve a incisão do tumor, devendo, eventualmente, ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção local que, às vezes, pode requerer drenagem de coleção purulenta e uso de antibiótico;
- Deiscência de sutura (abertura de ponto), necessitando nova rafia (restauração do ponto que abriu).

2.e) SOBRE A ANESTESIA: conversar com seu médico.

2.f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo o material que me for extirpado, e que constitui a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

 3) **DECLARO E CONFIRMO**, mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas, de forma clara e simples, inclusive, entendendo o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me restando dúvidas sobre o procedimento ao qual serei submetida.

 4) **POR ESTE CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeita com as informações, tendo sido esclarecidos todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e, por tais condições, **CONSINTO** que se realize em minha pessoa a cirurgia para BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA.

 5) **DECLARO**, também, que entendi e compreendo que, a qualquer momento, sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, poderei, antes do procedimento, revogar o presente consentimento.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____

 Assinatura do médico

 Assinatura da paciente

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____