

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

DECLARO que o Doutor(a):

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registrado sob o CRM n.º:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-SP, informou-me o diagnóstico de:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atendendo ao disposto nos arts. 22° e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9° da Lei 8.078/90:**

Esclareceu-me que diante do diagnóstico atual e considerando individualmente o meu caso é indicado proceder a o procedimento cirúrgico MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA do lado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A cirurgia referida tem indicação é: ( ) Imprescindível ( ) Necessária ( ) Conveniente

**Sou informado (a) que:**

1) Para realizar este tratamento terei que me submeter a um procedimento anestésico que não é isento de riscos a minha saúde, inclusive a minha vida e declaro que estes riscos me foram esclarecidos.

2) O procedimento consiste na retirada total da glândula mamária, incluindo pele que a recobre e o complexo aréolo - papilar, fáscia peitoral e linfonodos axilares.

3) Podem ocorrer mudanças na técnica cirúrgica programada se algum imprevisto ocorrer no intra-operatório.

4) Todo material ou peça operatória retirada será enviada ao estudo anatomo-patológico para complementação do diagnóstico.

5) Caso seja necessário, durante meu tratamento cirúrgico, o meu médico ou sua equipe poderá solicitar e realizar transfusão de sangue e/ou seus derivados. Estou ciente que existem certas doenças como AIDS, hepatite, Doença de Chagas, e outras, que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas de rotina.

6) Embora muitos pacientes se beneficiem com essa cirurgia, não há como garantir qualquer benefício ou cura para a doença atual, bem como as suas consequências físicas e psíquicas, pois, como em qualquer tratamento médico, a cirurgia poderá não alcançar êxito curativo ou evoluir de forma desfavorável em decorrência de complicações possíveis e não desejadas.

7) Toda cirurgia poderá requerer uma nova intervenção cirúrgica para completar o tratamento ou controlar alguma intercorrência que venha a ocorrer.

**Estou ciente das complicações possíveis e as mais frequentes são:**

* Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza a extirpação de gânglios axilares), podendo ser necessária à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer “lesões maiores da veia axilar”, que poderá exigir transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular.
* Hematomas pós-operatórios (consiste na acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes, requerem drenagem por punções aspirativas ou mesmo nova cirurgia).
* Seromas pós-operatórios (acumulação de líquido seroso na região da cirurgia), que em alguns casos requerem punção-aspiração para esvaziamento.
* Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico).
* Deiscência de sutura (quando ocorre a “abertura” dos pontos) que muitas vezes necessitam de novo procedimento cirúrgico.
* Edema de braço. Consiste na formação de um inchaço no braço e antebraço (linfedema), devido, sobretudo, à interrupção da drenagem linfática por exérese dos vasos e gânglios linfáticos axilares.
* Contraturas cicatriciais e possibilidade de cicatriz com formações queloides e cicatriz hipertrófica.
* Limitação da mobilização da articulação do ombro e diminuição da força do membro superior do lado operado.
* Perda do dreno (necessitando eventualmente punções aspirativas ou mesmo novo procedimento cirúrgico).
* Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anatomo-patológico definitivo mostrar comprometimento na borda cirúrgica.

Diante disso, declaro que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressar a minha vontade sobre os pontos com os quais não concordasse; e que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este termo de consentimento e desistir do procedimento médico proposto. Porém, a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a MASTECTOMIA RADICAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável legal (quando aplicável):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_