

O(A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico

(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSOM**. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: Esse tipo de biópsia utiliza o ultrassom para posicionar uma agulha dentro de uma área suspeita na mama, a fim de retirar fragmentos para exames laboratoriais. Esse procedimento é realizado com anestesia local, não sendo necessária anestesia geral.

RISCOS: Todos os procedimentos médicos envolvem algum risco. A maioria das pacientes sente somente discreto desconforto durante o procedimento. Dor mais intensa é incomum, porém imprevisível. Como uma agulha será inserida na sua mama, as possibilidades de sangramento com formação de hematomas e de infecção existem, porém são raras. Reações alérgicas ao anestésico também podem ocorrer, por isso é importante relatar se já apresentou alguma reação anestésica em algum procedimento médico ou odontológico anterior. Existe uma pequena possibilidade da amostra não ser adequada, ou não representar adequadamente a lesão, principalmente se for muito pequena. Se tiver implantes mamários, há um pequeno risco de ruptura da prótese.

EVOLUÇÃO ESPERADA: Espera-se um diagnóstico definitivo como resultado de uma biópsia de mama para obtenção de fragmentos (*core biopsy*) guiada por ultrassom, em mais de 95% das vezes. Após o procedimento, pode haver maior sensibilidade e pequeno inchaço no local da biópsia, irritação na pele, discreta secreção serosa ou sanguinolenta por alguns dias, mas isso não é comum. O material obtido será encaminhado para o laboratório de patologia do hospital e o resultado poderá levar de uma a duas semanas. O laudo será encaminhado para seu médico para que ele recomende os próximos passos de seu tratamento ou acompanhamento. Se houver dúvidas ou demora no resultado poderá telefonar para o laboratório de patologia do Hospital Dona Helena.

BENEFÍCIOS: Possibilita o diagnóstico de doenças mamárias com retirada de menos tecido, evitando biópsias cirúrgicas que potencialmente deixam cicatrizes, sendo o tempo de recuperação bem mais curto que em biópsias cirúrgicas. Este procedimento permite evitar cirurgias se o resultado for de lesão benigna (não câncer) e planejamento cirúrgico apropriado se o resultado da biópsia for positivo para câncer.

ALTERNATIVAS: Biópsia estereotáxica por mamografia pode ser indicada em alguns casos ou biópsia cirúrgica.

O paciente sempre tem o direito de recusar qualquer procedimento a que não queira ser submetido. É sua responsabilidade nos informar se quer que o procedimento não seja realizado ou que seja interrompido em qualquer momento após o seu início. Também é sua responsabilidade nos informar sobre complicações ou reações a procedimento semelhante.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ULTRASSOM** tenha o resultado pretendido.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive a solicitar, segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a) ou profissional indicado pelo hospital, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG N°

RG N°

NOME

NOME

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

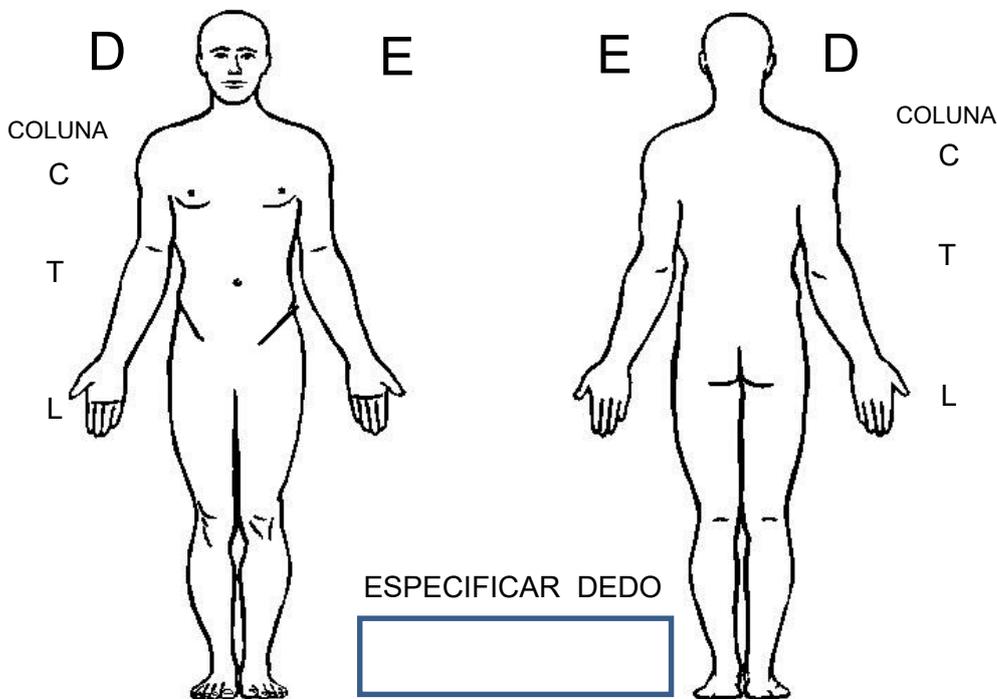
Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.

O(A) paciente _____ data de nascimento __/__/__,

ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a)

assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG N° _____

RG N° _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____