

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.019			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Mama			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md. _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO E INDICAÇÕES DE CIRURGIA: Devido à situação clínica, localização e dimensões do tumor a cirurgia conservadora de mama, apresenta resultados similares aos obtidos com terapêuticas cirúrgicas mais agressivas Realizar-se à:

- () Tumorectomia (ressecção da tumoração, conservando a pele por cima do tumor);
- () Ressecção segmentária (ressecção de um segmento de tecido mamário, com a pele que cobre a fascia peitoral (subjacente));
- () Quadrantectomia ou mastectomia parcial (extirpação de um quadrante de toda a mama, com a pele que cobre e a faixa peitora subjacente);
- () Mastectomia subcutânea ou glandulectomia (exérese da glândula mamária e dos ductos galactóforos, deixando a pele, o tecido subcutâneo e a papila mamária);
- () Mastectomia simples (extirpação completa da glândula mamária que inclui a pele, o tecido subcutâneo e papila mamária);
- () Linfadenectomia axilar (extirpação dos gânglios linfáticos axilares).

COMPLICAÇÕES: Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade...) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos.

- Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza limpeza axilar, podendo ser necessário a realização de transfusão intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer "lesões maiores na veia axilar", tornando-se necessário realizar-se transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular).
- Hematomas pós-operatórios (consiste em acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes requer drenagem cirúrgica).
- Seromas pós-operatórios (acumulação de líquidos serosos geralmente no polo inferior da axila, que em algum caso requer punção-aspiração ou drenagem para esvaziamento).
- Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico).
- Edema de braço (é uma complicação frequente. Consiste na formação de linfedema na extremidade superior devido sobretudo à interrupção de drenagem linfática consequente à extirpação dos vasos e gânglios linfáticos axilares).
- Contraturas cicatriciais.
- Limitação da mobilidade do ombro.

OBSERVAÇÕES:

1. Após o tratamento cirúrgico pode ser necessário realizar um tratamento complementar com radioterapia sobre a mama restante. Em casos selecionados quimioterapia e/ou hormonioterapia.
2. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
3. Anestesia geral a cargo do serviço de Anestesia.
4. Destino da peça operatória: Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.019			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Mama			

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- ⌚ Cirurgias limpas: até 4%
- ⌚ Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- ⌚ Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

- () Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.
- () Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

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

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
RG: _____
CPF: _____

Md _____
CRM _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico 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. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.