



## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Mastectomia com Linfadenectomia Axilar**

### **Identificação do Paciente**

**Nome:**

**Prontuário:**

**Documento de Identidade:**

**\*Responsável Legal:**

**Documento de Identidade:**

**Grau de Parentesco:**

\*Em caso de menor de dezoito anos ou de atendimento de emergência

### **Procedimento: Mastectomia com Linfadenectomia Axilar**

#### **Descrição Técnica do Procedimento:**

A técnica cirúrgica consiste na retirada de toda glândula mamária, juntamente com pele e complexo areolo-papilar, além de esvaziamento dos linfonodos axilares. A peça cirúrgica será encaminhada para estudo anatomopatológico posterior.

Procedimento realizado sob anestesia.

#### **Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:**

Possíveis complicações: Infecção, seroma, hematoma, deiscência de sutura, necessidade de hemotransusão, necessidade de reabordagem cirúrgica, complicações do ato anestésico, resultado estético não satisfatório, parestesia em membro superior, linfedema em membro superior, dor crônica, dificuldade de movimentação do membro superior, óbito.

#### **Geral:**

Durante a realização do procedimento, em função de intercorrências não previstas, procedimentos alternativos podem ser necessários, envolvendo inclusive a possibilidade de transfusão de sangue e ressuscitação.

#### **Declaração do Paciente (ou responsável):**

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, técnicas do procedimento, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada.

Estou ciente dos procedimentos e técnicas a que serei submetida como a alternativa terapêutica mais indicada para o diagnóstico da minha situação clínica.

Desde já autorizo a realização dos procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a transfusão de sangue e ressuscitação que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.



Caso durante a assistência a mim prestada algum profissional se acidente com perfuro cortante desde já autorizo a coleta do meu sangue para exame de HIV, HBS e HPV, com compromisso de manutenção da confidencialidade do resultado.

Tudo me foi esclarecido pelo médico abaixo assinado, tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e entendi tudo que me foi transmitido, estando o médico e sua equipe por mim autorizados a realizar o procedimento de tratamento cirúrgico de mastectomia com linfadenectomia axilar.

Tenho conhecimento que a qualquer momento antes de iniciado o procedimento posso revogar este termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Paciente/Representante Legal)

**Declaração do Médico Responsável:**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e ou seus familiares o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamentos acima descritos bem como que poderá revogar o consentimento agora concedido e firmado.

Nome do médico:

CRM:

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.