
	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LOCALIZAÇÃO PRÉ- CIRÚRGICA (AGULHAMENTO) GUIADA POR MAMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL autoriza o médico e a sua equipe a realizar o procedimento de LOCALIZAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA (AGULHAMENTO) GUIADA POR MAMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA, declarando que:

- Está ciente que o objetivo deste documento é explicar o que é a localização pré-cirúrgica de lesões mamárias com fio metálico guiada por ultrassonografia ou mamografia e informar sobre os seus riscos, sendo que isso também foi explicado de modo verbal, ocasião em que pude fazer perguntas e obter as respostas adequadas.
- Está ciente que a LOCALIZAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA destina-se a marcar com a maior exatidão possível o nódulo ou calcificação que foi visto na mamografia ou na ultrassonografia e que não pôde ser detectado através da palpação da mama. Isso acontece porque a lesão é muito pequena ou profunda, sendo detectada apenas pelos exames de imagem. Quando a lesão é marcada com o fio metálico, médico consegue encontrá-la no meio da mama durante a cirurgia. Este procedimento permite que a cirurgia seja realizada no local correto.
- Está ciente que a DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO é: - *Identificação do nódulo ou calcificação pelo médico radiologista através da mamografia ou da ultrassonografia.* - *Limpeza da pele.* - *Anestesia da pele (local).* - *Colocação do fio metálico na lesão ou o mais próximo possível, de forma que o cirurgião possa encontrá-la no momento da cirurgia (agulhamento).* - *Confirmação do posicionamento do fio através de imagens que estavam disponíveis para o médico no momento da cirurgia.* - *Curativo local e orientações gerais após o procedimento.*
- Está ciente que pode ocorrer insucesso, ou seja, o posicionamento do fio pode não ficar adequado devido a movimentos da paciente durante o procedimento; movimentação do fio no interior da mama ou por se tratar de lesão de difícil acesso; ou ocorrer a necessidade de repetição do procedimento.
- Está ciente dos RISCOS INERENTES DO PROCEDIMENTO que são: - *Reação alérgica ao anestésico local.* - *Hematoma pós-procedimento.* - *Infecção local.* - *Formação de pneumotórax (ar entre o pulmão e a parede torácica), por punção da cavidade torácica.* - *Choque anafilático.* - *Bacteremia* - *Durante o procedimento, devido à ansiedade da paciente, pode ocorrer queda de pressão, sudorese, palidez e sensação de desmaio, sendo que o tratamento adequado geralmente realizado dentro da sala de exame, com repouso, oxigênio e soro fisiológico venoso.* Decorrente das complicações descritas, muito raramente, mas não se exclui a hipótese, pode ocorrer o ÓBITO, independentemente das medidas corretivas que forem tomadas, bem como independentemente da vontade e da técnica empregada pela equipe. As

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LOCALIZAÇÃO PRÉ- CIRÚRGICA (AGULHAMENTO) GUIADA POR MAMOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

pacientes de maior risco são as que fazem uso de medicamentos anticoagulantes, devido ao risco de sangramento, e hipertensas, que não usaram o medicamento respectivo no dia do procedimento.

6. Está ciente que durante o procedimento poderá ocorrer intercorrências imprevistas ou fortuitas, não obstante a técnica e indicações apropriadas, com necessidade de procedimentos urgentes não antecipados, tais como, por exemplo, transfusão de sangue e anestesia geral. Em razão disso, desde já, autorizo na realização de qualquer procedimento adicional julgado necessário, pelo médico, durante o procedimento original e cujo retardo possa ocasionar danos adicionais a saúde.

7. Está ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção do resultado esperado/desejado, bem como que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, podem surgir circunstâncias complicadas e imprevistas que podem evoluir, inclusive, para o óbito. Foi informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;

8. Está ciente que, na hipótese de necessidade de repetição do procedimento, por qualquer motivo, não há reembolso de despesas pagas pelo paciente ou convênio, pois foi gerado gasto, pelo hospital, com honorário médico, material, insumos, tempo de uso de equipamento, despesas com pessoal, etc.;

9. Está ciente que deve cumprir integralmente as orientações médicas prescritas no pré e no pós-procedimento, bem como que deve buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade, tais como febre, dor ou sangramento, dentre outros.

10. Está ciente que, caso faça uso de drogas ilícitas ou não, ou de medicamento anticoagulante, deve informar isso ao médico previamente à realização do procedimento, pois a omissão disso pode causar complicações associadas ao ato médico;

11. Este procedimento foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, com orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a de não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com as condições, autorizo a execução do procedimento em questão e assumo os riscos inerentes deste.

Lajeado _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente
 Quando o paciente for menor de idade, ou tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura