
 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA	
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:
TÉCNICA APLICADA: () UNILATERAL – REMOÇÃO DE UMA GLÂNDULA MAMÁRIA () TOTAL – REMOÇÃO DAS DUAS GLÂNDULAS MAMÁRIAS
SE UNILATERAL, A GLÂNDULA MAMÁRIA A SER REMOVIDA ENCONTRA-SE À: () DIREITA () ESQUERDA

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado e os profissionais que compõem a sua equipe proceder as investigações de saúde necessárias e a realizar o procedimento cirúrgico invasivo de “MASTECTOMIA”, também conhecido por “REMOÇÃO CIRÚRGICA DA GLÂNDULA MAMÁRIA”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesia ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.
- Estou ciente que o procedimento de MASTECTOMIA consiste na extirpação total (ambas) ou de uma glândula mamária, da pele que a recobre, da fáscia peitoral subjacente, assim como a extirpação dos gânglios linfáticos axilares. Declaro que fui informada previamente sobre a minha marcação cirúrgica, isto é, sobre qual e como o procedimento será realizado, exatamente como constante neste termo, e que concordei com esta marcação.
- Estou ciente que na situação atual existe fundamentalmente quatro medidas terapêuticas utilizadas para o tratamento de câncer de mama: Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia e Hormonioterapia.
- Estou ciente que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- Estou ciente que as complicações mais comuns de ocorrer durante ou após a realização desta cirurgia, porém, não limitadas somente a estas, são:
 - Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza a extirpação de gânglios axilares, podendo ser necessária a realização de transfusão 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, as vezes requer drenagem cirúrgica);
 - Seromas pós-operatórias (acumulação de líquidos serosos geralmente no polo inferior da axila, que em alguns casos 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 por exérese dos vasos e gânglios linfáticos axilares.
 - Contraturas cicatriciais;
 - Limitação da mobilidade do ombro; ou ainda perda ou redução da capacidade para o trabalho.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

6. Estou ciente que 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, assim como um risco de ÓBITO da paciente.

7. Esse procedimento cirúrgico me foi explicado previamente de forma clara pelo médico e sua equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude.

8. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.

9. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Fui esclarecido que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de ÓBITO do paciente, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

10. Estou ciente que toda cirurgia poderá deixar uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

11. Estou ciente de que, para realizar o procedimento em questão, será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

12. Estou ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente:

a) *Nos casos de Anestesia Regional (Raquianestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.*

b) *Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.*

c) *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

13. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, anemia, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso,

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

14. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

15. Caso necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como AUTORIZO que qualquer peça operatória, material ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos, anatomopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

16. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.

17. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.


18. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente. A literatura médica está em constante evolução e pode complementar os possíveis riscos do procedimento.

19. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

20. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

21. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, AUTORIZANDO a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MASTECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		


Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que 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

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – UCIH
	ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		
Peso (kg):		
Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas? () SIM () NÃO Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ()	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ()	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ()	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g () 1.5g ()	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

Assinatura e Carimbo do Cirurgião