

CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

1. Declaro que:

O Doutor _____ CRM: _____ informou-me que tendo em vista o diagnóstico de _____ ser conveniente e indicado (em minha pessoa ou no paciente supramencionado) proceder CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA.

2. Esclareceu-me que:

Devido a situação clínica, localização e dimensões do tumor a cirurgia conservadora de mama apresenta resultados similares aos obtidos com terapêuticas cirúrgicas mais agressivas _____ e em minha pessoa realizar-se-á:

- Tumorectomia (ressecção ampliada da tumoração, conservando a pele por cima do tumor);
- Ressecção segmentária (ressecção de um segmento de tecido mamário, com a pele que cobre a fáscia peitoral subjacente);
- Quadrantectomia ou mastectomia parcial (extirpação de um quadrante de toda a mama, com a pele que a cobre e a fáscia peitoral subjacente);
- Mastectomia subcutânea ou glandulectomia (exérese da glândula mamária e os 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);

3. Fui informado(a) e estou de acordo, que geralmente é necessário realizar-se um tratamento complementar com radioterapia sobre a mama restante. Em casos selecionados, quimioterapia e/ou hormonioterapia.

4. Toda peça operatória ou material extirpado será enviada para completar o estudo anatomopatológico.

5. Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica, seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade, etc), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamento complementar, tanto clínico como cirúrgico, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

6. As complicações da intervenção cirúrgica podem ser:

a) Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza limpeza axilar, podendo ser necessária a realização de transfusão intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderão ocorrer “lesões maiores na veia axilar”, tornando-se necessário realizar-se transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular);

b) Hematomas pós-operatórios (consiste em acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes, requer drenagem cirúrgica);

c) Seromas pós-operatórios (acumulação de líquido seroso geralmente no polo inferior da axila, que em algum caso requer punção e aspiração ou drenagem para esvaziamento);

d) Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento com antibióticos);

e) Edema de braço (é uma complicação frequente. Consiste na formação de linfedema na extremidade superior devido à interrupção da drenagem linfática consequente à extirpação dos vasos e gânglios linfáticos axilares);

- f) Contraturas cicatriciais;
- g) Limitação da mobilidade do ombro;
- h) Alteração da sensibilidade do membro ipsilateral ao tratamento da axila.

7. Tendo em vista o quadro atual, o médico explicou-me que nestas circunstâncias poderão ser aumentados e aparecer riscos e complicações, tais como:

8. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nessas condições CONSENTO que se realiza a CIRURGIA CONSERVADORA DE MAMA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:

RG:

Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

3ª via: prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento)