

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE
RETIRADA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DA MAMA**

O presente termo visa esclarecê-lo (a), fornecendo informações sobre o procedimento cirúrgico para tratamento _____, bem como eliminar dúvidas quanto à realização deste tratamento.

Eu, _____, dou plena autorização ao Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira CRM 844-AC / 3801-RO, e sua equipe a proceder em mim o procedimento cirúrgico para tratamento da referida doença.

RETIRADA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA A SER REALIZADA:

1. Diante da minha intenção de realizar o tratamento cirúrgico para o tratamento de _____ procurei por livre e espontânea vontade o Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira CRM 844-AC / 3801-RO, que me esclareceu quanto à indicação da cirurgia, suas alternativas de tratamento, bem como quanto aos exames necessários para fazer à investigação do diagnóstico e executar o tratamento médico com o máximo de segurança. Este tratamento apesar das vantagens e benefícios que podem proporcionar para os (as) pacientes, não é isento de riscos, reações adversas e/ou complicações, incluindo probabilidade de morte.

2. Declaro que obtive informações necessárias sobre a idoneidade, capacidade técnica, profissional e moral dos meus médicos assistentes (incluindo toda a equipe assistente e anestesista), sendo que nada encontrei que os desabonassem.

3. Fui orientado(a) quanto à necessidade de respeitar as instruções que me foram fornecidas pelos profissionais, inclusive quanto à forma de agir diante de imprevistos decorrentes de meu tratamento, bem como fui orientado(a) quanto aos riscos que corro caso não respeite as orientações médicas recomendadas.

4. Entendo que para me submeter ao tratamento cirúrgico proposto, terei que aceitar e seguir as orientações da equipe médica que realizará a cirurgia. Portanto, terei que passar por avaliações e seguir as orientações de meus médicos assistentes, bem como do(a) anestesista e de outros que me avaliarem e orientarem.

5. A cirurgia proposta é uma cirurgia de medio porte e somente é realizada para pacientes com lesões não palpáveis da mama, pois este tratamento cirúrgico visa a definição diagnóstica da alteração encontrada ou o tratamento da referida anormalidade.

6. A cirurgia proposta não tem a finalidade primária de tratamento e sim para a definição de um diagnóstico da anormalidade identificada, quando este não for previamente conhecido, e que de alguma forma perturbam o bem estar físico e psíquico. Portanto, a cirurgia proposta não é de caráter estético,

objetivando investigar e/ou corrigir uma alteração orgânica que poderá afetar não só a aparência, bem como o aspecto emocional e físico da(s) mama(s).

7. Declaro que fui orientado(a) que não devo omitir nada em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas.

8. **Contra-indicações:** Os fatores que impedem a realização da cirurgia são: distúrbios psiquiátricos, depressão, psicose, alcoolismo e dependência química, as quais declaram não ser portador (a). O tabagismo (fumo), obesidade, hipertensão arterial, diabetes, e outras doenças crônicas, não são contra indicações, porém são fatores potencializadores (aumentam a probabilidade e gravidade) dos riscos dos procedimentos cirúrgicos.

9. **Cicatriz:** Declaro que me foi explicado de forma clara e compreensível que toda cirurgia tem como conseqüência inevitável à formação de uma cicatriz, o que poderá, apesar de todo cuidado médico, ter resultados desfavoráveis, caracterizados como:

a) cicatriz hipertrófica (grossa);

b) cicatriz hipotrófica (com relevo baixo);

c) cicatriz hiperocrômica (escura);

d) cicatriz hipocrômica (clara);

e) cicatriz queloidiana = extremamente grossa e sobrelevada, ultrapassando o limite da incisão (do corte) e invadindo os tecidos vizinhos;

f) outras situações podem causar imperfeições nas posições das cicatrizes, e são causadas por fatores que fogem ao controle dos médicos, pois são resultantes de retrações (encurtamentos característicos das cicatrizes internas e externas que são diferentes de pessoa para pessoa). Também, pelo mecanismo anteriormente descrito, poderão ocorrer formações de ondulações na pele em regiões fora das cicatrizes visíveis, pois há cicatrizes também abaixo da pele, principalmente nas cirurgias em que é empregada a técnica de lipoaspiração, e em cirurgias em que há grandes descolamentos da pele, por exemplo, retalhos musculares do abdome e dorso.

10. **Complicações:** Como todo procedimento cirúrgico, este não é isento de riscos e complicações. Todo (a) paciente que será submetido (a) à cirurgia para tratamento de CÂNCER DE MAMA, apresenta um risco real para uma ou mais complicações. Portanto, não há garantia de que uma complicação séria não venha a ocorrer em qualquer caso ou situação. As complicações mais frequentes e sérias que podem ocorrer são:

a)- **Infecção:** Pode ocorrer invasão de microrganismos através dos cortes das cirurgias levando a resultados desfavoráveis para a cicatrização e comprometimento de outros órgãos como, por exemplo, os pulmões (pneumonias) ou sistêmicas (septicemias – infecções generalizadas).

b)- **Contaminações:** Pode ocorrer a colonização de bactérias ou fungos nas incisões (cortes), ou nas superfícies de próteses que podem ocasionar a abertura desses cortes, e/ou perda das próteses, determinando a retirada da mesma. E caso isso aconteça, fui informado (a) que deverei esperar um período mínimo de três

meses para que se realize nova tentativa de introdução da prótese. Essa contaminação pode acontecer mesmo com todo cuidado de limpeza e esterilização da equipe médica, pois na pele dos (as) pacientes sempre haverá germes que não são passíveis de eliminação total.

c)- **Ruptura de próteses (implantes de silicone):** As próteses de silicone apesar de serem muito resistentes, por aumento na pressão interna em geral causada por grande compressão, poderão sofrer ruptura e nestes casos, se faz necessário a substituição deste(s) implantes.

d)- **Necrose:** morte celular maciça que provoca perda da pele comprometida com aparecimento de **úlceras** (ferida) na pele que após completa cicatrização deixa grande alteração no relevo e na cor, conseqüentemente, o resultado é muito desagradável.

e)- **Fasceíte necrotizante:** é uma grave infecção da pele (causada por estreptococos) que provoca grande destruição dos tecidos, algumas vezes podendo causar amputações, grandes deformações e até a morte.

f)- **Abscessos:** são coleções de pus nos locais das cirurgias.

g)- **Inflamação e infecção dos seguintes órgãos:** estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagite com dor no peito queimação, etc.), fígado (hepatite), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite, infecção urinária), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal), coração (endocardite, febre reumática), pâncreas (pancreatite aguda), pulmão (pneumonia), etc.

h)- **Dor:** poderá aparecer no local da ferida cirúrgica, onde há passagem de drenos ou sondas, dos tubos venosos, da colocação de eletrodos dos monitores, etc.

i)- **Insuficiência de alguns órgãos:** poderá haver a perda da função de órgãos por motivos diversos apesar de todos os cuidados, tais como: coração, (incluindo infarto do miocárdio e arritmias que podem levar à parada cardíaca), rins (insuficiência renal), pulmões (embolia pulmonar que pode causar morte), cérebro (acidentes vascular cerebral, que pode causar déficit motor alteração visual ou na fala e morte).

j)- **Coágulos das veias:** nos membros inferiores, e pelve (região do quadril), ou de qualquer outro lugar do corpo, podem se formar coágulos e ao se deslocarem ganham a circulação sanguínea e podem atingir aos pulmões, causando dificuldade para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos podem causar edemas ou úlceras, temporárias ou permanentes, nas pernas.

k)- **Embolia pulmonar gordurosa:** nos procedimentos em que há manipulação de tecidos gordurosos como nos procedimentos de Lipoaspiração e retalhos dermolipocutâneos, podem haver deslocamentos de êmbolos (pequenos fragmentos de gordura) que ganham a circulação sanguínea e podem causar dificuldade para respirar e morte.

l)- **Náuseas e vômitos:** podem ocorrer com relativa freqüência após esse tipo de cirurgia.

m)- **Abaulamentos diversos temporários ou definitivos na região operada provocados por hematomas e seromas:** pode haver formação de bolsas de sangue (hematomas) ou líquidos orgânicos (seromas), que podem ser tratadas com punções ou cirurgias, imediatas ou tardias, ou simplesmente por observação.

n)- **Deiscências de suturas:** são as aberturas dos cortes suturados (costurados), situações estas que poderão necessitar de reoperação.

o)- **Reoperação:** PODE ser necessária e nenhum paciente deve se submeter a esta cirurgia se não estiver preparado para aceitar esta possibilidade. Caso se torne real essa necessidade, pois a cirurgia JAMAIS

poderá ser considerada de resultado certo, o paciente deve estar pronto e consciente dessa programação. Na maioria das vezes a melhora é apenas parcial e dependente do esforço pessoal e coletivo, bem como da colaboração dos(as) pacientes (exercícios físicos e perda de peso).

p)- **Retoque:** toda cirurgia corretiva poderá requerer uma nova intervenção cirúrgica para completar o tratamento, pois o retoque em cirurgia corretiva, muitas vezes pertence ao próprio planejamento cirúrgico.

q)- **Internação na unidade de terapia intensiva:** pode ser necessária no pós-operatório ou para realizar o tratamento de alguma das complicações que venham a ocorrer.

r)- **Morte:** apesar de todos os conhecimentos atuais da medicina para realização de todo e qualquer procedimento cirúrgico existe um risco de morte do(a) paciente.

s)- **Choque anafilático e/ou bronco espasmo severo:** pode haver reação alérgica a gases anestésicos ou quaisquer medicações, que podem levar ao choque e insuficiência respiratória aguda, que mesmo tratados com todo rigor e técnica, podem causar a morte.

t)- **Outras:** como em todo e qualquer ato médico há riscos de complicações que não podem ser antecipadamente previstos e alguns até desconhecidos pela Ciência. Caso ocorram quaisquer dessas situações citadas ou outras aqui não descritas, mas detectadas por qualquer pessoa ou profissional da saúde, ou ainda se o(a) paciente apresentar qualquer dúvida ou problema, o(a) mesmo(a) deverá entrar em contato imediato com o médico ou a equipe que realizou a cirurgia e, caso não os encontre ou esteja fora do alcance destes, que deverá procurar o pronto-socorro.

11. Dando a autorização para a cirurgia, afirmo que me foi esclarecido de que qualquer intervenção no corpo humano acarreta riscos. Desse modo, autorizo, caso seja preciso, que meu médico e sua equipe possam realizar outras intervenções ou procedimentos médicos que se fizerem necessários, diante de situações clínicas indesejadas, previstas ou não pela ciência médica, mesmo que isso cause prejuízo estético.

12. Autorizo desde já que caso seja necessário, durante meu tratamento cirúrgico, que o meu médico ou sua equipe poderá solicitar e realizar transfusão de sangue e/ou seus derivados. Estou ciente que existem certas doenças como AIDS, hepatite, Doença de Chagas, e outras, que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas de rotina.

13. Entendo que para realizar este tratamento terei que me submeter a um procedimento anestésico, que também, não é isento de riscos a minha saúde, inclusive a minha vida. Declaro que estes riscos me foram esclarecidos. Portanto, autorizo o meu médico (a) anestesista a executar os procedimentos anestésicos e a utilizar os medicamentos e equipamentos que se fizerem necessários.

14. Embora muitos pacientes se beneficiem com essa cirurgia, não há como garantir qualquer benefício ou cura para a doença atual, bem como as suas conseqüências físicas e psíquicas, pois, como em qualquer tratamento médico, a cirurgia poderá não alcançar êxito curativo ou evoluir de forma desfavorável em decorrência de complicações possíveis e não desejadas. Destaca-se ainda a possibilidade de eventualmente não ser identificado a lesão em questão, decorrente da mobilização ou deslocamento do

marcador (fio metálico ou outro meio empregado) ou de modificações locais do tecido mamário em função das manipulações sofridas.

15. Aceito me submeter ao tratamento cirúrgico proposto para retirada de lesão não palpável de mama, sabendo que terei que seguir corretamente todas as orientações antes e após o procedimento, não só do meu médico, mas de toda a sua equipe.

16. Excepcionalmente a cirurgia poderá ser suspensa, antes ou durante a minha internação, caso alterações clínicas imprevistas assim determinem.

17. **Orientações pós-operatórias:** Devido à possibilidade de intercorrências e complicações após a cirurgia, os(as) pacientes operados(as) precisarão seguir algumas orientações prescritas na receita médica.

18. Diante de todas as informações recebidas, estou ciente do **CARÁTER DE CONTROLE LOCAL** da cirurgia indicada pela equipe do Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira CRM 844-AC / 3801-RO , para assim melhorar o meu bem estar físico e psíquico, respeitando os critérios técnico e científico para esta indicação, estando de pleno acordo e conscientização da proposta de tratamento.

19. Aceito o fato de que os médicos nunca prometeram ou garantiram qualquer espécie de resultado curativo ou cirúrgico, muito menos a qualidade, o posicionamento e o tamanho das cicatrizes resultantes do ato operatório. Além do mais, me foi explicado que estes parâmetros não podem ser garantidos ou estipulados no pré-operatório por dependerem de reações do corpo humano e de compensações resultantes da retirada de pele, estando sujeitos a variações individuais.

20. Para completar a minha orientação sobre a **CIRURGIA** que me submeterei, declaro que recebi orientações explicativas sobre a intervenção cirúrgica e a anestesia, com tempo suficiente de ler o seu conteúdo, efetuar as pesquisas que julguei conveniente, além de poder tirar todas as dúvidas antes da cirurgia.

21. Depois de tudo que me foi explicado, entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, inclusive estou ciente que se houverem eventuais complicações, poderei ter uma piora (agravamento) do defeito já existente no meu corpo, e entendo que a cirurgia é uma tentativa (um meio) e não há obrigação de resultado (fim).

22. Declaro que efetuei a completa leitura de todo o conteúdo desse consentimento esclarecido no consultório do meu médico e posteriormente, perguntando e sendo esclarecido(a) em todas as dúvidas ou termos médicos presentes no mesmo, bem como aquelas dúvidas relacionadas com a cirurgia proposta.

23. Declaro também que esta cirurgia foi devidamente explicada e esclarecida, assim como os seus possíveis riscos e complicações, bem como as limitações da técnica e conseqüentemente dos seus resultados.

24. Declaro que compreendi todas as circunstâncias que envolvem este tratamento cirúrgico por intermédio da cirurgia **RETIRADA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA**, sendo que a aceitação para a realização da mesma é de minha livre e espontânea vontade.

25. Declaro que em virtude de todos os esclarecimentos que me foram prestados e por não restar nenhuma pergunta a ser feita e nenhuma dúvida a ser esclarecida, dou a minha autorização e o meu **CONSENTIMENTO CONSCIENTE** para que possa ser em mim realizada a essa cirurgia.

26. Declaro ter recebido uma cópia deste termo sobre a cirurgia indicada, e que serei submetido(a).

27. Declaro que me foi dado(a) a oportunidade de revogar (anular) esse consentimento, com as suas devidas explicações, e do que representaria esta minha decisão, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

ESTOU CONSCIENTE EM NÃO ASSINAR ESSE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, QUE POSSUI 6 (SEIS) PAGINAS TODAS NUMERADAS, E 27 (VINTE E SETE) ITENS, ANTES DE HAVER LIDO ATENTAMENTE, ESCLARECIDO AS DÚVIDAS, COMPREENDIDO E ACEITO.

DE PLENO ACORDO.

Data: ____/____/____ hora: ____:____.

R.G.: _____

Paciente

R.G. _____

testemunha

R.G. _____

testemunha

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira CRM 844-AC / 3801-RO declara que realizou todo o processo de consentimento livre e esclarecido contido neste termo, e por ter esclarecido todas as dúvidas do(a) Sr.(a) _____, além de ter apresentado e respondido aos outros questionamentos freqüentes que são formulados. Entendo e estou seguro que o(a) paciente está bem informado(a) e esclarecido(a) para se submeter à **RETIRADA CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA.**

Sidney Rogério Alves de Oliveira CRM 844-AC / 3801-RO
Médico Cirurgião.

, ____ de ____ de 20 ____ Hora ____:____

1.ª via (prontuário médico) - 2.ª via (paciente ou responsável legal)

DEVER DE INFORMAR

FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

I- Constituição Federal:

Art. 5º – XIV = é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

II- Código Civil:

Art. 15 = ninguém pode ser constrangido a submeter-se , com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

III- Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6º = São direitos básicos do consumidor:

III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV- Código de Ética Médica:

Capítulo IV.

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. 24 = É VEDADO AO MÉDICO: deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

V- Conselho Federal de Medicina:

Parecer-Consulta nº 10/96 = o médico deve esclarecer o paciente sobre práticas diagnósticas e terapêuticas, conforme preceitua o Código de Ética Médica, não sendo considerada obrigatória a fixação de termo por escrito.

Parecer-Consulta nº 24/97 = é lícito ao médico ou instituição médico-hospitalar oferecer ao paciente no ato da internação um Termo de Responsabilidade ou Consentimento Livre e Esclarecido.

Médico Cirurgião.

, _____ de _____ de 20 _____. Hora ____:____