

O(A) paciente \_\_\_\_\_,

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou seu Responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido, que autoriza o(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_ inscrito no CRM/ES sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Rio Doce, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento cirúrgico assinalado abaixo:

- ) Quadrantectomia diagnóstica;
- ) Quadrantectomia + biópsia de linfonodo sentinela axilar;
- ) Mastectomia simples + biópsia de linfonodo sentinela axilar;
- ) Mastectomia radical modificada (inclui Linfadenectomia);
- ) Mastectomia subcutânea ou adenectomia;
- ) Biópsia de linfonodo sentinela axilar;
- ) Linfadenectomia axilar;
- ) Reconstrução mamária com prótese;
- ) Reconstrução mamária com retalho mio-cutâneo.

#### DEFINIÇÃO E INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

**Quadrantectomia ou Setorectomia:** é a cirurgia conservadora da mama, na qual ocorre a ressecção segmentar de mama. É o procedimento mais utilizado no tratamento do **câncer de mama inicial**, obtendo taxas de controle da doença iguais à mastectomia, mas preservando a glândula mamária.

**Mastectomia:** consiste na retirada cirúrgica de toda a mama. **É indicada nas seguintes situações:** 1. Paciente apresenta quadro de tumor localizado, em estágios precoces; 2. A mulher apresenta um risco elevado de desenvolver um câncer de mama (alterações genéticas ou histórico familiar); 3. Necessidade de complementar os tratamentos de quimioterapia e radioterapia e 4. Na prevenção de um câncer de mama, na outra mama, caso a mulher tenha histórico da doença.

**Linfadenectomia ou Esvaziamento axilar:** consiste na retirada de linfonodos da axila em casos de câncer de mama. As cirurgias mais seletivas são chamadas de **biópsia de linfonodo sentinela**. A **principal indicação** é a presença de linfonodos clinicamente comprometidos no momento da cirurgia. Normalmente estes casos são submetidos à quimioterapia antes da cirurgia, mas nem sempre os linfonodos regredem.

**COMPLICAÇÕES:** Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade, entre outras) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos.

- Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza limpeza axilar, podendo ser necessário a realização de transfusão intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer “lesões maiores na veia axilar”, tornando-se necessário realizar-se transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular);
- Hematomas pós-operatórios (consiste em acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes requerer drenagem cirúrgica);
- Seromas pós-operatórias (acumulação de líquidos serosos geralmente no polo inferior da axila, que em algum caso requer punção-aspiração ou drenagem para esvaziamento);
- Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico);

- Edema de braço (complicação da retirada dos linfonodos ou da radioterapia), consiste na formação de linfedema na extremidade superior devido sobretudo à interrupção de drenagem linfática consequente à extirpação dos vasos e gânglios linfáticos axilares;
- Contraturas cicatriciais; • Paresia e parestesia do membro ipsilateral; • Limitação da mobilidade do ombro;
- Assimetrias e deformidades estéticas; • Deiscências de ferida; • Isquemia ou necrose de pele ou mamilo.

**Observações:**

1. Após o tratamento cirúrgico pode ser necessário realizar um tratamento complementar com radioterapia sobre a mama restante. Em casos selecionados quimioterapia e/ou hormonioterapia.
2. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
3. Destino da peça operatória: Toda peça operatória ou material extirpado será encaminhado para completar o estudo anatomopatológico.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro o TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO para mim, quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi e concordo voluntariamente sobre o que é necessário eu fazer para que tenha o resultado pretendido. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da cirurgia, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Linhares (ES), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-

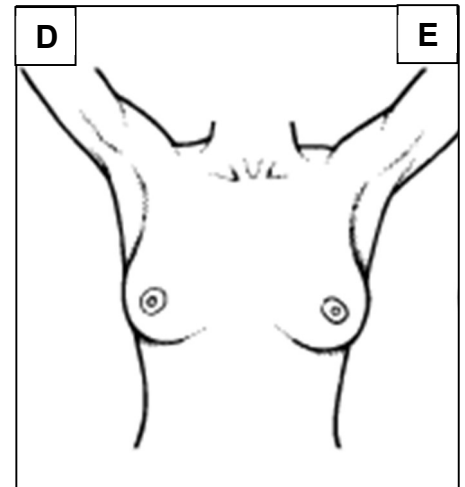
### LATERALIDADE CIRÚRGICA:

Deve ser preenchido pelo Médico Assistente:

- ( ) LADO DIREITO
- ( ) LADO ESQUERDO
- ( ) BILATERAL

Será realizada Linfadenectomia:

- ( ) LADO DIREITO
- ( ) LADO ESQUERDO
- ( ) BILATERAL



Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA**.

Nome do médico \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_