

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO DIAGNÓSTICO OU TERAPÊUTICO MAMOTOMIA E/OU CORE-BIÓPSIA

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

A biópsia por fragmento é um procedimento que visa estudar o tecido mamário ou uma lesão previamente diagnosticada pelos métodos de imagem (mamografia, ecografia ou ressonância magnética) através da histologia, sob anestesia local, sem a necessidade de cirurgia em um primeiro momento. Na maioria das vezes, esta análise já será suficiente para um diagnóstico definitivo, não sendo necessário realizar a cirurgia.

O procedimento é seguro, sendo relatados raros casos de infecção ou hematoma, facilmente tratáveis. Também muito raramente o procedimento pode ser interrompido devido a sangramento, facilmente controlado por medidas locais (compressão local), ou por reação vagal, situação involuntária em que ocorre queda da pressão sanguínea, também facilmente controlada pela equipe que vai lhe atender; com mínimos riscos para você. Também raramente pode haver formação de hematoma local nas horas seguintes ao procedimento, que requer, normalmente apenas medidas conservadoras para resolução do mesmo. Os fragmentos obtidos, que variam de 3 a 15, serão enviados para o patologista avaliar, e os resultados serão analisados pelo seu médico.

Entendendo que pode ocorrer insucesso, isto é, o procedimento pode não apresentar resultados por falta de material ou estar inadequado, necessitando realizar uma nova punção ou se realizar uma nova biópsia. Caso tenha problemas de coagulação sanguínea, faça uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários (em geral, o AAS, ou Aspirina), ou ainda seja portadora de valvulopatia (problemas nas válvulas cardíacas), favor comunicar ao médico que realizará seu procedimento. A repetição da punção e/ou da biópsia pelos motivos antes expostos não isenta o seu pagamento.

Declaro ter sido suficientemente esclarecido pelo médico responsável do meu exame diagnóstico e seu tratamento e riscos de maneira a me decidir e livremente me submeter ao procedimento indicado, bem como que tive oportunidade também de esclarecer todas as dúvidas relacionadas ao procedimento.

Ao Paciente: **Cuidados após realização da Biópsia**

- MANTER CURATIVO COM GASE E FAZER APLICAÇÃO DE GELO NO LOCAL ATÉ A NOITE.
- EVITAR MOVIMENTOS BRUSCOS COM O BRAÇO.
- APÓS A RETIRADA DO CURATIVO COM GASE, REALIZAR HIGIENE NO LOCAL NORMALMENTE, PROCURANDO MANTER O MICROPOLE APLICADO NO LOCAL DA PUNÇÃO POR ATÉ 5 DIAS.
- EM CASO DE HEMATOMA, APARTIR DO 3º DIA PODE SER APLICADO CALOR MORNO SECO NO LOCAL EM INTERVALOS (3X AO DIA) OU HIRUDÓIDE PARA AUXILIAR NA ABSORÇÃO DO HEMATOMA.
- SE TIVER DOR, TOMAR 1 UM COMPRIMIDO DE PARACETAMOL 750MG DE 6/6 HORAS.
- SE NECESSÁRIO, ENTRE EM CONTATO COM A EQUIPE TÉCNICA DO LOCAL ONDE REALIZOU A PUNÇÃO.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO DIAGNÓSTICO OU TERAPÊUTICO MAMOTOMIA E/OU CORE-BIÓPSIA

- NÃO USAR DROGAS QUE CONTENHAM ACIDO ACETIL SALICILICO (AAS, ASPIRINA), IBUPROFENO OU ANTI-COAGULANTES NAS 72 HORAS SEGUINTE À PUNÇÃO.
- NÃO TOME BANHO DE BANHEIRA OU PISCINA NOS 4 DIAS SEGUINTE À PUNÇÃO.
- HAVENDO SINAIS DE INFLAMAÇÃO LIGUE PARA 35998100 OU RETORNE AO LOCAL ONDE REALIZOU A PUNÇÃO.

Sapiranga, _____ de _____ de 20_____.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmando que 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 os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do médico: