



Termo de Consentimento Informado
Biópsia de Mama



Declaro que:

1º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento(s), bem como fui informado(a) sobre os riscos e os benefícios do(s) tratamento(s) proposto(s), bem como dos riscos de não ser tomada nenhuma da(s) atitude(s) terapêutica(s) proposta(s);

2º) estou ciente de que, durante a Punção e/ou Biópsia de Mama poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não registradas pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas decorrentes do procedimento diagnóstico ora proposto;

3º) estou ciente que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem eventualmente ocorrer complicações gerais, como problemas cardiovasculares e respiratórios. As principais complicações associadas, especificamente, a este procedimento são as seguintes: hematoma, equimose ou reação alérgica à fita adesiva;

4º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no termo de esclarecimentos em anexo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis ou urgências, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com cada situação;

5º) declaro também que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas, antes da assinatura deste documento;

6º) consinto, portanto, ao(a) médico(a) radiologista a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) presente(s) exame(s).

7º) Finalmente, declaro que recebi a orientação de que, a qualquer tempo, poderei mudar de opinião, devendo informar e registrar a decisão em novo termo. Assim, tendo lido e entendido as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso que:

() **AUTORIZO** a realização.

() **NÃO AUTORIZO** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

CBHPM: 4.08.09.09-9 / 3.06.02.18-1

CID: C50.0/C50.1/C50.2/C50.3/C50.4/C50.5/C50.6/C50.8/C50.9

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: _____ h _____ min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____