|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Mastologia - Biópsia Percutânea de Mama  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto, Biópsia Percutânea de Mama, como forma de procedimento diagnóstico para minha alteração. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e a evolução esperada no pós-operatória. Foi dada oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a realização da biópsia existem outras que podem ocorrer após o procedimento, de maneira imediata ou tardia.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade técnica ou clínica, surgida imediatamente antes do mesmo. 3. Outras condições de risco associadas a doenças concomitantes que eu possa ter, tais como hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas ou psiquiátricas, que possam vir a impedir a realização do procedimento. 4. Dor na região da punção requerendo medicamentos analgésicos. 5. Perda mínima de sangue que ocorre em quase todos os casos e que não requer nenhum tratamento especial além de repouso. 6. Hematoma e inchaço no local de biópsia. 7. Necessidade de nova intervenção cirúrgica para tratamento de complicações. 8. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. E mesmo em procedimentos médicos minimamente invasivos podem ocorrer complicações gerais que podem agravar a minha situação clínica atual.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento**,** incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Autorizo também que qualquer fluido ou tecido removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, como mamografia e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  CONCLUSÃO  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Mastologia**  **BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE MAMA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-368 – gráfica hcpa – mar23**