

|                                                                                  |                                                                                                                       |                         |        |        |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b><br><b>Exerese De Lesão Da Mama Por Marcação Estereotática Ou Role</b> |                         |        |        |
|                                                                                  | Identificação                                                                                                         | Documento de Referência | Versão | Página |
|                                                                                  | HSH.FOR.PG4.526                                                                                                       | HSH.POL.PG4.005         | 0.1    | 1 de 2 |

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designada “**EXERESE DE LESÃO DA MAMA POR MARCAÇÃO ESTEREOTÁTICA OU ROLE**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

### COMPLICAÇÕES

1. Sangramentos.
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas).
3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos).
4. Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico mostrar invasão na borda cirúrgica.
5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
6. Infecção.
7. Seromas (Acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso).
8. Saída do dreno.
9. Formação de áreas de necrose gordurosa.

**CBHPM:** 3.06.02.07-6

**CID:** C50.9

### Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%;
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%;
- Cirurgias contaminadas: até 17%.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

| Data de aprovação | Armazenamento | Proteção/Acesso | Recuperação       | Retenção Final | Retenção Arquivo Morto | Descarte        |
|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|----------------|------------------------|-----------------|
| 11/07/2025        | Servidor      | HSH             | Por título e data | 3 meses        | 20 anos                | Desfragmentação |

|                                                                                   |                                                                    |                         |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>                    |                         |        |        |
|                                                                                   | <b>Exerese De Lesão Da Mama Por Marcação Estereotáxica Ou Role</b> |                         |        |        |
|                                                                                   | Identificação                                                      | Documento de Referência | Versão | Página |
|                                                                                   | HSH.FOR.PG4.526                                                    | HSH.POL.PG4.005         | 0.1    | 2 de 2 |

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

|                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| _____<br>Paciente/Responsável      | _____<br>Médico assistente: |
| CPF: _____ . _____ . _____ - _____ | CRM: _____ UF: _____        |

|                                             |                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| _____<br>Assinatura do Paciente/Responsável | _____<br>Assinatura do Médico assistente com carimbo |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** 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. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

|                   |               |                 |                   |                |                        |                 |
|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|----------------|------------------------|-----------------|
| Data de aprovação | Armazenamento | Proteção/Acesso | Recuperação       | Retenção Final | Retenção Arquivo Morto | Descarte        |
| 11/07/2025        | Servidor      | HSH             | Por título e data | 3 meses        | 20 anos                | Desfragmentação |