

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

MAST - MASTECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A mama consiste em tecido glandular (que secreta substâncias) e tem ao seu redor linfonodos e vasos linfáticos, que drenam conteúdo (como restos celulares e líquido que extravasa dos vasos sanguíneos) regional. Os linfonodos da mama habitualmente seguem drenagem para região axilar. O procedimento de mastectomia consiste na retirada total da glândula mamária, incluindo pele que a recobre e o complexo aréolo-papilar. Os linfonodos regionais (até a axila) do mesmo lado poderão ser removidos parcial ou totalmente. Todo o tecido removido será enviado para análise por patologista. A cirurgia pode ser realizada com diferentes graus de radicalidade, seja pela extensão da retirada de linfonodos ou pela ressecção da fáscia peitoral (tecido que recobre a musculatura profunda à mama) ou da própria musculatura peitoral. A extensão da cirurgia deve ser discutida previamente, porém pode ser alterada a depender dos achados intra-operatórios.

A reconstrução da mama pode ser realizada no mesmo momento ou posteriormente ? esta opção foi discutida e definida previamente com a equipe médica assistente, assim como a técnica de reconstrução empregada (caso eventualmente realizada no mesmo momento). A reconstrução pode envolver o uso de retalhos musculares e/ou prótese.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O objetivo da cirurgia é a retirada de uma lesão com diagnóstico suspeito/confirmado de câncer ? ou, ainda, a realização de forma profilática (sem lesão suspeita) em caso de paciente com alto risco de desenvolver uma lesão por fatores genéticos. A depender do estágio (estadiamento) da lesão, a cirurgia pode ter maior ou menor efetividade no tratamento. A ressecção da lesão, mesmo realizada de forma adequada, não garante que não haverá recrescimento ou surgimento de nova lesão (no mesmo local ou à distância). A cirurgia pode ser suficiente como tratamento ou necessitar de

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

complementação de outras modalidades (como quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e/ou radioterapia, entre outros).

A expectativa de benefício oncológico foi discutida previamente com a(o) cirurgiã(o).

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. No contexto oncológico, outras opções de tratamento foram consideradas, bem como seus riscos e benefícios. A opção por não realizar a cirurgia quando bem indicada pode acarretar redução da sobrevida esperada, além de progressão da doença localmente ou para outras partes do corpo.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter ao procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia/procedimento são:

- Hemorragias intra-operatórias (sobretudo quando se realiza a extirpação de gânglios axilares), podendo ser necessária à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. Em casos muito raros poderá ocorrer lesões maiores da veia axilar?, que poderá exigir transplantes venosos a cargo de um cirurgião vascular;
- Hematomas pós-operatórios (consiste na acumulação de sangue no leito cirúrgico, que, às vezes, requerem drenagem por punções aspirativas ou mesmo nova cirurgia);
- Seromas pós-operatórios (acumulação de líquido seroso na região da cirurgia), que em alguns casos requerem punção-aspiração para esvaziamento;
- Infecções pós-operatórias (que às vezes requerem drenagem e tratamento antibiótico);
- Deiscência de sutura (quando ocorre a abertura dos pontos) que muitas vezes necessitam de novo procedimento cirúrgico;
- Edema de braço. Consiste na formação de um inchaço no braço e antebraço (linfedema), devido, sobretudo, à interrupção da drenagem linfática por exérese dos vasos e gânglios linfáticos axilares;
- Contraturas cicatriciais, cicatrizes inestéticas e possibilidade de cicatriz com formações queloides e cicatriz hipertrófica;
- Limitação da mobilização da articulação do ombro e diminuição da força do membro superior do lado operado;
- Perda do dreno (necessitando eventualmente punções aspirativas ou mesmo novo procedimento cirúrgico);
- Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anatomo-patológico definitivo mostrar comprometimento na borda cirúrgica.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

- Outros riscos raros, porém descritos na literatura, são complicações respiratórias, cardiovasculares (incluindo infarto) e trombose e suas implicações.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após o procedimento, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Em caso de realização de linfadenectomia (retirada de linfonodos regionais), estou ciente das medidas para tentar evitar o surgimento de linfedema, embora mesmo seguindo todas as medidas não exista garantia sobre o aparecimento do sintoma.

Por ser uma cirurgia com possível impacto na auto-imagem, auto-estima e sexualidade, pode ser necessário acompanhamento psicológico antes e/ou após o procedimento.

Orientações adicionais de reabilitação:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**