



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**  
**MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS  
RECONSTRUÇÃO**

TER.ESP.0076/01  
Implantação: 09/2011  
1ª Revisão: 01/2018

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 designado "MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO", 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:


**DEFINIÇÃO:** consiste na realização de cirurgia corretora da mama sadia, para melhorar a simetria entre as duas mamas.

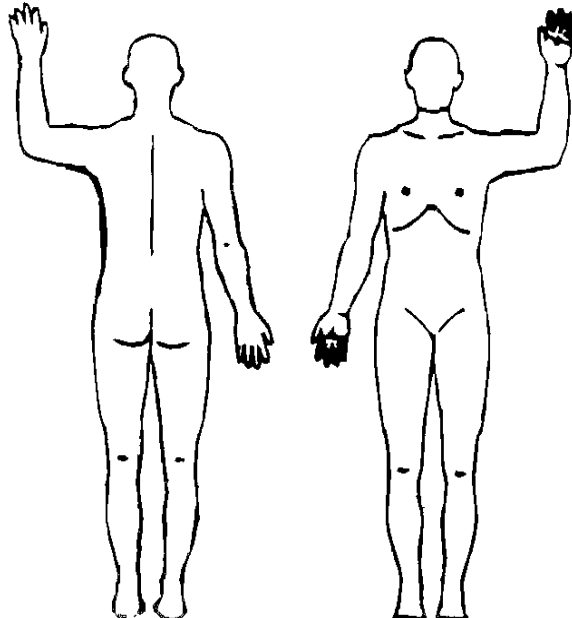
**COMPLICAÇÕES:**


1. Sangramentos.
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas).
3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos).
4. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
5. Infecção.
6. Seromas (Acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso).
7. Saída do dreno.
8. Formação de áreas de necrose gordurosa.

CBHPM - 3.06.02.17-3 CID - N64.8

Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado:

| DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE                                                                                                          |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| CIRURGIA DO MEMBRO:                                                                                                                 |                                    |
| IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO:  |                                    |
| <b>LADO DIREITO</b>                                                                                                                 | <b>LADO ESQUERDO</b>               |
| ( ) Olho direito                                                                                                                    | ( ) Olho esquerdo                  |
| ( ) Orelha direita                                                                                                                  | ( ) Orelha esquerda                |
| ( ) Pulmão direito                                                                                                                  | ( ) Pulmão esquerdo                |
| ( ) Ombro direito                                                                                                                   | ( ) Ombro esquerdo                 |
| ( ) Braço direito                                                                                                                   | ( ) Braço esquerdo                 |
| ( ) Antebraço dir.                                                                                                                  | ( ) Antebraço esquerdo             |
| ( ) Mão direita<br>Se Dedo, qual:                                                                                                   | ( ) Mão esquerda<br>Se Dedo, qual: |
| ( ) Mama direita                                                                                                                    | ( ) Mama esquerda                  |
| ( ) Rim direito                                                                                                                     | ( ) Rim esquerdo                   |
| ( ) Glúteo direito                                                                                                                  | ( ) Glúteo esquerdo                |
| ( ) Coxa direita                                                                                                                    | ( ) Coxa esquerda                  |
| ( ) Perna direita                                                                                                                   | ( ) Perna esquerda                 |
| ( ) Joelho direito                                                                                                                  | ( ) Joelho esquerdo                |
| ( ) Pé direito<br>Se Dedo, qual:                                                                                                    | ( ) Pé esquerdo<br>Se Dedo, qual:  |
| ( ) Outros:                                                                                                                         |                                    |



|                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO<br/>LIVRE E ESCLARECIDO</b><br><br><b>MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS<br/>RECONSTRUÇÃO</b> | TER.ESP.0076/01<br>Implantação: 09/2011<br>1ª Revisão: 01/2018 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

### 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.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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.**

Chapecó (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Assistente  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica - Art. 22.** 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. 34.** 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 dano, 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.