

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(es) ainda não registradas pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(es) 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 cardíco-vasculares 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).

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

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome

Completo: _____

Data de Nascimento: _____

RG/CPF: _____

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BIÓPSIA DE MAMA	TER.ESP.0287/01 Implantação: 09/2011 1ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO
--	---	---

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o exame e o (s) procedimento(s) acima referidos.

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.