

## Punção e/ou Biópsia de Mama

### CONSENTIMENTO INFORMADO

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(ões) ainda não registradas pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) 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**

Ituverava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
assinatura do(a) paciente

\_\_\_\_\_  
(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

---

(nome completo e legível do responsável) (identidade / órgão)

**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.

Ituverava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) médico(a)  
CRM