

Serviço de Imagem Médica

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERVENÇÃO MAMÁRIA  
ORIENTADA POR MAMOGRAFIA/ECOGRAFIA**

**1) Identificação de doente**

- 2) DECLARA que autoriza o médico a realizar o procedimento de intervenção mamária (citologia e/ou biópsia) que consiste em:
- 3) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:
- Limpeza da pele da mama com anti-séptico;
  - Administração de anestésico no caso da biópsia;
  - Punção da lesão e aspiração/colheita de fragmentos da mesma.
- 4) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: Podem ocorrer insucessos, isto é, o procedimento pode não apresentar resultado por falta de material ou estar inadequado, necessitando de se repetir nova punção/ biópsia.
- 5) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES:
- Hematoma pós-procedimento, isto é, acumulação de sangue no local onde se introduziu a agulha de punção;
  - Infecção local;
  - Formação de pneumotórax.
- 6) DESTINO DO MATERIAL RETIRADO: O material que me for retirado será enviado para estudo anatomo-patológico para confirmação diagnóstica.
- 7) Declaro ter sido suficientemente esclarecido a respeito da necessidade de realizar este procedimento para diagnóstico e dos possíveis riscos, de forma a tomar a decisão, livremente, de me submeter ao estudo indicado. Declaro estar plenamente ciente da possibilidade da ocorrência de riscos e complicações, ainda que relativamente raros.
- 8) Declaro a minha plena satisfação quanto ao esclarecimento das minhas dúvidas e questões, o que me foi feito em linguagem clara, acessível e precisa. Tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICACOES, mais comuns deste procedimento e das possibilidades de INSUCESSO, declaro, através da minha assinatura apostada neste documento, o meu consentimento para a sua realização.

Coimbra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (assinatura do doente)

\_\_\_\_\_ N° Mecan. \_\_\_\_\_ (assinatura do médico)