

**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA**

**Termo de consentimento informado para realização de mamografia em portadoras de próteses e/ou implantes mamários**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº: \_\_\_\_\_ e CPF nº: \_\_\_\_\_,

portadora de implante e/ou prótese mamária, AUTORIZO a realização do exame de mamografia solicitada por meu/minha MÉDICO (A) ASSISTENTE, por entender que a mamografia é um exame seguro e essencial à detecção e diagnóstico do câncer de mama.

Fui informada que um exame de mamografia bem realizado requer a compressão da mama e a realização de manobras que visam o afastamento dos implantes para melhor visualização do tecido mamário e eventuais lesões. Que estas manobras são controladas e estão em conformidade com normas internacionais e serão registradas durante todo o exame para documentação. Embora milhares de mulheres usando próteses e implantes tenham feito mamografia sem qualquer problema em todo o mundo, há raros relatos de complicações ocorridas após uma mamografia, como roturas, vazamentos e deslocamentos. Que esse risco, no entanto, é muitíssimo menor que os benefícios trazidos pela realização da mamografia.

Estou ciente que algumas complicações, como rotação ou ruptura nos implantes mamários, podem ocorrer mesmo com o uso de técnica adequada, sendo possível que ocorram mesmo durante atividades diárias e não sejam percebidas. Próteses colocadas há muitos anos tendem a ser mais vulneráveis. Também não é raro que uma complicação pré-existente seja detectada pela mamografia (a mamografia inclusive às vezes é usada com essa finalidade). Estou ciente de que muitas das complicações mencionadas não trazem problemas significativos à saúde da mulher, mas em situações raras podem precisar de correção através de cirurgia.

Dessa forma, afirmo que fui devidamente esclarecida sobre todas as informações acima expostas e as compreendi, declarando estar ciente a respeito do risco mínimo de dano a mim e à minha prótese e/ou implante com a realização da mamografia. Declaro também que todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas e assim sendo autorizo a sua realização.

Por ser verdade, firmo a presente autorização nesta data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Nome por extenso)**

\_\_\_\_\_  
**(Assinatura)**

Telefones de contato: \_\_\_\_\_