

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VULVECTOMIA

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº CRM: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado "VULVECTOMIA SIMPLES", a que vou me submeter, que consiste na retirada de toda a vulva, compreendendo grandes e pequenos lábios e clitóris.

Declaro, ainda, estar devidamente informado das complicações inerentes ao quadro, especialmente: Hemorragia intraoperatória, podendo ser necessário transfusão de sangue intra ou pós-operatório; Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou a vulva, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; Seromas pós-operatório, que é o acúmulo de líquido seroso no local de onde se retirou a vulva e que deve ser drenado por punções aspirativas tantas vezes quantas as necessárias até o término da formação de novos seromas; Infecção pós-operatórias, locais e sistêmicas que às vezes requerem drenagem de coleções purulentas e uso de antibióticos; Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram; Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial que podem limitar o movimento das pernas, havendo necessidade de fisioterapia para a recuperação adequada do movimento deambular; Limitação da abertura das pernas, principalmente em cirurgias em que houve necessidade da retirada de grande extensão de pele, havendo necessidade de fisioterapia para a recuperação adequada do movimento de abertura das pernas; Dificuldade para ter relação sexual.

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções 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,

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

**Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado**

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24.** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

**É vedado ao médico: Art. 34.** 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.

**2º Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º** São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

**Art. 9º** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou 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.

**3º Da Lei 10.406/2002: Art. 15.** Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

