



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – NINFOPLASTIA

## DECLARANTE

Nome: .....

Idade: : ..... Data Nascimento: ...../...../.....

Endereço: : .....

Tel.: ( ) : ..... Cel.: ( ) : .....

Identidade n.º: : ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão: : ..... CPF: .....

Paciente     Representante legal     Representante familiar     Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

## PACIENTE

Nome: .....

Idade: ..... Data Nascimento: ...../...../.....

Endereço: .....

Tel.: ( ) : ..... Cel.: ( ) : .....

Identidade n.º: ..... Órgão Expedidor: .....

Data de emissão: ..... CPF: .....

### 1) DECLARO

Que o Doutor:

Nome: .....

CRM n.º: .....

Instituição: .....

2) Explicou-me e eu entendi que devo me submeter:

a) NOME DO PROCEDIMENTO: **NINFOPLASTIA**

b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS):

- Ressecção de excesso de tecido de pequenos lábios vaginais, respeitando a simetria;
- Hemostasia de vasos sangrantes;
- Fechamento da ferida operatória por aproximação da pele próxima restante;

Como condição final, a região vulvar operada fica com uma cicatriz.

c) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: Entendo que pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não retirar completamente a lesão, podendo haver necessidade de se complementar a cirurgia, ampliando a área a ser ressecada e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.



# **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – NINFOPLASTIA**

d) **DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:**

- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou a parte da vulva, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica;
- Infecção pós-operatórias, locais e sistêmica 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;
- Dificuldade para ter relação sexual e dispareunia;
- Entendo que toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos, bem como um risco, embora mínimo, passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.

e) **DESCRIÇÃO DA ANESTESIA:** foi-me explicado, e eu entendi que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, que será avaliado pelo serviço de Anestesiologia e que me foi explicado os seus riscos e benefícios.

3) Ficou-me claro que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica cirúrgica programada,, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

4) Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento a que serei submetida.

5) Por ser **CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições **CONSINTO** que se me realize a cirurgia: **NINFOPLASTIA**.

Local e data: .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/ Carimbo

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....  
NOME:

CPF:

.....  
NOME:

CPF:



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO –  
NINFOPLASTIA**

**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado na data de: ..... / ..... / ..... e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/ Carimbo

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....  
NOME:

CPF:

.....  
NOME:

CPF: