



| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br>BIÓPSIA DE VULVA |      |                |
|----------------------------------------------------------------|------|----------------|
| PACIENTE:                                                      |      |                |
| RG:                                                            | CPF: | DATA DE NASC.: |

### 1. RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO PLANEJADO

O principal benefício da Biópsia de Vulva é a obtenção de uma amostra de tecido para análise histopatológica, permitindo o diagnóstico definitivo de lesões suspeitas, sejam elas inflamatórias, infecciosas ou neoplásicas (pré-cancerosas ou cancerosas).

Este procedimento é fundamental para a definição da conduta terapêutica adequada. Os riscos inerentes ao ato cirúrgico incluem dor local, que geralmente é controlada com analgésicos comuns, e pequenos sangramentos no local da incisão. Embora seja um procedimento de pequeno porte, existe o risco de reações adversas aos anestésicos locais utilizados.

### 2. PROBABILIDADE DE SUCESSO, COMPLICAÇÕES POTENCIAIS, RECUPERAÇÃO E NÃO TRATAMENTO

A probabilidade de sucesso diagnóstico é elevada, sendo este o padrão-ouro para avaliação de patologias vulvares.

As complicações potenciais, embora infrequentes, incluem hematoma pós-operatório, infecção no sítio cirúrgico, deiscência (abertura dos pontos), formação de queloides ou retração cicatricial e, em casos de biópsias mais extensas ou em localizações específicas, dificuldade para ter relação sexual (dispareunia).

O processo de recuperação exige repouso relativo, higiene local rigorosa e abstinência sexual por período determinado pelo médico.

O não tratamento (não realização da biópsia) pode resultar na progressão de uma doença não diagnosticada, atraso no tratamento de lesões malignas e agravamento de sintomas como prurido, dor e ulcerações.

### 3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS CIRÚRGICAS E NÃO CIRÚRGICAS

As alternativas à biópsia incluem a observação clínica seriada com documentação fotográfica ou o tratamento empírico com medicações tópicas.

No entanto, tais opções não oferecem a segurança do diagnóstico histológico e podem mascarar a evolução de doenças graves. Em alguns casos, a vulvoscopia (exame com lentes de aumento) pode auxiliar na localização da lesão, mas não substitui a necessidade da coleta de material.

Não existem métodos de imagem (como ultrassonografia ou ressonância) que substituam a acurácia da biópsia para o diagnóstico de lesões epiteliais da vulva.

### 4. NECESSIDADE, RISCOS, BENEFÍCIOS E ALTERNATIVAS AO USO DE SANGUE

Devido à natureza de pequeno porte da biópsia de vulva, a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados é extremamente rara.

Contudo, em situações excepcionais de hemorragia inesperada ou distúrbios de coagulação desconhecidos, o uso de sangue visa restaurar a estabilidade hemodinâmica e a oxigenação tecidual.

Os riscos da transfusão incluem reações febris, alérgicas e, em escala mínima, transmissão de infecções. As alternativas incluem o uso de expansores plasmáticos (cristaloides) e agentes hemostáticos locais.

O benefício da intervenção transfusional em casos críticos é a preservação da vida e da função orgânica da paciente.

#### **5. ANESTESIA E FÁRMACOS**

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

#### **6. MATERIAIS ESPECIAIS E SITUAÇÕES EMERGENCIAIS**

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

#### **7. EQUIPE ASSISTENTE E COPARTICIPAÇÃO**

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

#### **8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO**

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes.

Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

Consinto, portanto, ao médico assistente 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 o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.



\_\_\_\_\_  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
**Local, hora, data**

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.