

BIÓPSIA DE VULVA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

1. Declaro que:

O Doutor _____ portador do CRM.: _____
explicou-me e eu entendi que devo me submeter a:

a) Biópsia de vulva

b) Descrição técnica do procedimento:

- Incisão elíptica em torno da lesão ou lesões.
- 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.

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 feita um drenagem cirúrgica.
- Infecção pós-operatória, 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.
- 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, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer 2 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 LOCAL e que me foi explicado os seus riscos e benefícios.

f) Destino da peça operatória: Entendi que todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviada para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

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

3. Declaro e confirmo mais uma vez, que entendi todas as explicações que 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.

4. Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições CONSENTO que se realize a cirurgia: BIÓPSIA DE VULVA.

5. Declaro que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento. Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

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