

**DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO"
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO
NINFOPLASTIA**

1. Identificação da paciente (representante legal)

NOME: IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE: REGISTRO HOSPITALAR:

CIC: RG:

2. Declaro que:

O DOUTOR:

Explicou-me e eu entendi que devo me submeter:

2 a) NOME DO PROCEDIMENTO: NINFOPLASTIA

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

- InclSÃO EXCISIONAL DO EXCESSO DE MUCOSA PEQUENOS LABIOS UNI OU BILATERALMENTE.
- Hemostasia de vasos sangrantes.
- Fechamento da ferida operatória por aproximação COM SUTURA
- Como condição final, a região operada poderá ficar com uma cicatriz.

2 c) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local da cirurgia, 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.

2 d) DESCRIÇÃO DA ANESTESIA: Foi-me explicado que a anestesia será a critério do medico anestesista

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 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 CONSINTO que se me realize a cirurgia: ninfoplastia

CIDADE: DATA:

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente

TESTEMUNHA TESTEMUNHA

Endereço: