

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

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: Bartholinctomia

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

- Incisão na parede vaginal
- Retirada da glândula de Bartholin
- Hemostasia de vasos sangrantes.
- Fechamento da ferida operatória
- Como condição final, a região vulvar operada fica com uma cicatriz

2 c) DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: Entendo que pode ocorrer insucesso isto é, complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

2 d) DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou , 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 e) DESCRIÇÃO DA ANESTESIA: Foi-me explicado, e eu entendi que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, e que me foi explicado os seus riscos e benefícios.

2 f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

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: **BARTHOLINECTOMIA**

CIDADE: ..... DATA: .....

Assinatura do Médico

Assinatura da Paciente

TESTEMUNHA