

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DE REDUÇÃO DOS PEQUENOS LÁBIOS VAGINAIS (NINFOPLASTIA)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

O objetivo da cirurgia de Redução dos Pequenos Lábios Vaginais, ou, Ninfoplastia é tirar o excesso dos pequenos lábios vaginais. Este excesso muitas vezes é causa de desconforto nas relações sexuais e de infecções vaginais, principalmente por fungos.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- 1. Tempo de duração do ato cirúrgico:** em média de 40 minutos a 1 hora.
- 2. Tipo de anestesia:** peridural ou raquidiana. Em alguns casos poderá ser feita com sedação e anestesia local. Quem definirá o tipo de anestesia será o anestesista.
- 3. Período de internação:** em geral, 12 horas.
- 4. Cicatrizes:** haverá uma cicatriz em todo o bordo do novo lábio que devido ao tipo de tecido que o forma, será praticamente imperceptível. Salvo nos casos de deiscência da sutura em que os bordos poderão ficar irregulares.
- 5. Edemas e hematomas:** após a cirurgia a região íntima ficará um pouco inchada, avermelhada e com áreas arroxeadas.
- 6. Sondagem Vesical:** durante o procedimento a paciente será passado uma sonda vesical (Foley) para evitar o desconforto (ardência) e possíveis complicações da urina em contato com cicatriz recente.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer e anticoagulantes, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.

5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Higienização: manter a região da vagina sempre limpa e seca. Depois que urinar ou defecar, lavar a região com água fria ou soro, secar com toalha limpa e passar uma solução antisséptica.

2. Absorvente: utilizar absorvente íntimo grande, capaz de absorver o máximo de sangue.

3. Calcinhas: utilizar calcinhas de algodão e largas, sem fazer pressão na região íntima.

RETIRADA DE PONTOS

A sutura é feita com fios absorvíveis que normalmente caem entre o 7º e 10º dia. Em alguns casos o cirurgião poderá tirar alguns que por ventura persistirem.

RETOQUE

Toda cirurgia plástica, apesar da perícia e da capacidade dos profissionais responsáveis e dos esforços e das cautelas por estes empregados, poderá necessitar de retoques ou cirurgias complementares, de maior ou menor porte, com o objetivo de alcançar o melhor resultado.

Em caso de retoques ou de cirurgias complementares, os custos hospitalares e os dos outros profissionais, exceto o de cirurgião, serão assumidos pelo(a) paciente.

Em caso de retoques ou de refazimento da cirurgia que não atingiu resultado satisfatório, comprometer-se-á o profissional responsável a novamente a envidar todos os seus conhecimentos e esforços necessários, para alcançar o melhor resultado possível dentro das limitações que uma área já anteriormente submetida a um procedimento cirúrgico pode oferecer. Eximindo-se, no entanto, da obrigação de alcançar, neste caso, um resultado de perfeição. É de suma importância salientar que uma cirurgia plástica, nem sempre, alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, razão pela qual, retoques poderão se tornar necessários e são tidos como parte integrante desta especialidade.

Portanto, de posse dessas informações:

Eu _____, portador(a) do CPF nº _____, **DECLARO** ter acessado o site www.laerciocadoreplastica.com.br, ter lido e tomado plena ciência de todas as INFORMAÇÕES PRÉ e PÓS-CIRÚRGICAS, além de recebido todos os

esclarecimentos necessários, referentes ao(s) procedimento(s) cirúrgico(a) a que serei submetido(a), reconhecendo expressamente, estar ciente de todos os relevantes fatos e implicações.

EU DECLARO estar ciente que depois de minha total recuperação, se for necessária alguma revisão para atingir um melhor resultado, esta será feita de seis a doze meses após a cirurgia plástica, preferencialmente no Centro Cirúrgico de um Hospital, sendo que as taxas hospitalares, de anestesia e de material serão pagas por mim. Os valores serão confirmados no período da revisão.

EU RECONHEÇO que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, AUTORIZO, o cirurgião Dr. Laércio Cadore CRM/SC 4656 RQE 1524 e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

EU ENTENDO que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias, envolvendo risco para a vida serem raras.

EU ENTENDO que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que, não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais ACEITO o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora.

EU ME COMPROMETO a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar.

CONCORDO E ME COMPROMETO também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizado o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico.

EU COMPREENDO E ACEITO o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização.

EU AUTORIZO o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; entendo também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada; sendo ciente da lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que todas as informações pessoais e fotos tiradas no pré e pós operatório fornecidos neste respectivo estabelecimento estão sobre sigilo em concordância da LGPD.

ESTOU CIENTE, que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos tecidos do corpo humano, em cada paciente após a cirurgia. Ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou condições de moradia que o impossibilitem (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e ainda de deslocamento desfavorável (transporte público). EU TIVE oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo o Dr. Laércio Cadore, CRM/SC 4656 RQE 1524 e toda sua equipe a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas, verbalmente pelo médico e que estou convicto(a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.

Para tanto, assino o presente termo na presença de duas testemunhas, que a tudo assistiram. Para que produza seus legais efeitos.

Cirurgia(s) proposta(s):

Brusque/SC, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) paciente ou responsável

CPF: _____

Assinatura da Testemunha

CPF: _____