

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE VULVA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> </div>	<p>Nome: _____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

CRM n.º: _____, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

Ser conveniente e indicado proceder a BIÓPSIA INCISIONAL DE VULVA em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

A Biópsia cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

Esclareceu-me que a BIÓPSIA DE VULVA será realizada da seguinte forma:

- Incisão elíptica em torno da lesão ou lesões.
- Este procedimento necessita de anestesia, que será avaliada pela equipe de anestesia.
- 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.
- 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.

A Biópsia de Vulva não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou a parte da vulva, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.
- Infecção pós-operatórias, 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.

Foi me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Também entendi que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA DE VULVA

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **BIÓPSIA DE VULVA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomopatológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **BIÓPSIA DE VULVA** proposta.
Campinas, ____ de _____ de _____.

_____ Médico _____ Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

_____ Médico _____ Paciente ou Representante ou Responsável