

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VULVECTOMIA RADICAL

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

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

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

Esclareceu-me que na situação atual existem fundamentalmente quatro medidas terapêuticas utilizadas em câncer de vulva: Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia, e que no meu caso é conveniente e indicado proceder a VULVECTOMIA RADICAL em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

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

Esclareceu-me que a Vulvectomia será realizada da seguinte forma:

- Este procedimento necessita anestesia que será avaliada pela equipe de anestesia.
- Retirada de toda a vulva, compreendendo grandes e pequenos lábios e clitóris.
- Limpeza e extirpação bilateral dos gânglios linfáticos da virilha, compreendendo os superficiais e profundos femurais.
- Fechamento da ferida operatória por aproximação da pele próxima restante.
- Como condição final, a região perineal fica com cicatrizes e a entrada da vagina com estenose.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
- Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.

Estou ciente que:

1. Pode ocorrer insucesso, isto é, a cirurgia pode não resolver completamente a remoção de todo o câncer, podendo haver recidiva em cima da área do períneo que foi retirada e podendo ocorrer inclusive complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.
2. A Vulvectomia não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:
 - Hemorragia intra-operatória, podendo ser necessária à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatório. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.
 - Lesão da veia femoral, sendo necessário transplante venoso, a cargo de um cirurgião vascular.
 - Hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local onde se retirou a vulva, devendo ser feito uma drenagem cirúrgica.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VULVECTOMIA RADICAL

- Seromas pós-operatório, que é o acúmulo de líquido seroso no local de onde se retirou a vulva, ou na virilha que foi esvaziada e que deve ser drenado por punção aspirativa tantas vezes quantas as necessárias até o término da formação de novos seromas.
- 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.
- Edema de membros inferiores, que ocorre pela interrupção da drenagem linfática devido a retirada de vasos e gânglios femurais necessária para o tratamento adequado do câncer da vulva.
- Quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial que podem delimitar o movimento das pernas, havendo necessidade de fisioterapia para a recuperação adequada do movimento deambular.
- Limitação da abertura das pernas, principalmente em cirurgias em que houve necessidade da retirada de grande extensão de pele, havendo necessidade de fisioterapia para a recuperação adequada do movimento de abertura das pernas.
- Parestesias dos membros inferiores.
- Dificuldade para ter relação sexual.
- 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 é passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.

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.

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 **VULVECTOMIA RADICAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **VULVECTOMIA RADICAL** 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