

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.

INFORMAÇÕES 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.

RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

NO PRÉ-OPERATÓRIO:

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.

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.

Informação importante: 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.

DO CONSENTIMENTO:

Eu, _____, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o Dr. _____, reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Redução dos Pequenos Lábios Vaginais, ou, Ninfoplastia*.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____

 (assinatura do(a) paciente)

 CPF

 RG

Testemunha 1: _____ CPF ou RG: _____

Testemunha 2: _____ CPF ou RG: _____



Observações: -----

Local: _____ Data: _____

Assinatura do médico

CPF

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: _____

CPF

Testemunha 2: _____

CPF