

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM

Informações Gerais:

DEFINIÇÃO: O procedimento de MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM consiste na retirada cirúrgica de toda a mama, com o intuito de adequação de gênero feminino para o masculino.

Eu, (*paciente*) _____, declaro para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico assistente, Dr. _____ CRM/UF _____ sob o n.º _____, ou outro credenciado pelo HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, para realizar o procedimento de **MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM (female to male ou na tradução para a língua portuguesa, feminino para masculino)**, e todos o que incluem, inclusive transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

Reconheço que sou portador de uma afecção médica denominada transexualismo (Código Internacional de Doenças - CID F 64.0) e que o(a) médico(a) assistente, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90, após informar sobre métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM, apresentando informações detalhadas sobre os riscos, benefícios e complicações.

Declaro que fiz o acompanhamento multidisciplinar necessário para a realização de procedimento cirúrgico de MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM, tendo sido decidido em conjunto com a equipe multiprofissional que me assiste que a cirurgia de retirada dos meus seios é uma parte importante e necessária do meu tratamento.

Declaro estar ciente de que o tratamento cirúrgico adotado é de caráter irreversível.

Dentre as principais complicações relacionadas ao procedimento, citam-se: 1. Sangramentos; 2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas); 3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos); 4. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira); 5. Infecção; 6. Seromas (acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso); 7. Saída do dreno.

Confirmo que recebi explicações sobre o procedimento, li e compreendi as informações e concordo com os termos deste documento, tendo recebido uma cópia. Declaro que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do procedimento o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM tenha o melhor resultado possível. O médico explicou que, em algumas circunstâncias, as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médico/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte do prontuário médico. Declaro também ter sido informado que posso revogar esse consentimento a qualquer momento, de maneira formal, e não ser submetido ao procedimento.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento de **MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM**, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Consentimento: Eu tive a oportunidade de ler este Termo e de fazer perguntas relativas ao informado acima.

São Paulo, ____/____/____ Hora: ____: ____

Nome do paciente/CPF: _____

Assinatura do(a) paciente

Preenchido pelo médico:

Declaro ter informado e esclarecido ao paciente todas as informações do procedimento de **MASTECTOMIA MASCULINIZADORA FTM**, inclusive sobre benefícios, riscos e complicações, tendo respondido às perguntas formuladas pelo paciente e seu acompanhante. De acordo com o meu entendimento, o paciente está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível

Informações complementares

➤ **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90)**

Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

➤ **Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)**

Art. 22 (É vedado ao médico) Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 (É vedado ao médico) Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 (É vedado ao médico) Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 (É vedado ao médico) Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.