

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO ORQUIECTOMIA BILATERAL EM CONTEXTO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO

Informações Gerais:

DEFINIÇÃO: O procedimento de ORQUIECTOMIA EM CONTEXTO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO consiste na retirada cirúrgica dos testículos, com o intuito de adequação de gênero masculino para feminino.

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 **ORQUIECTOMIA BILATERAL EM CONTEXTO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO**, 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 fiz o acompanhamento multidisciplinar necessário para a realização de procedimento cirúrgico proposto, tendo sido decidido em conjunto com a equipe multiprofissional que me assiste que a cirurgia de retirada dos meus testículos é uma parte importante e necessária do meu tratamento.

Declaro que a cirurgia me foi explicada pelo meu médico, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90, e que concordo com a retirada dos meus testículos. Estou ciente de que, nesta cirurgia, não será retirada pele da bolsa escrotal. O pênis também permanecerá com as características inalteradas. Sei, portanto, que não se trata de uma redesignação sexual completa.

Fui informado sobre os seguintes aspectos:

1. **A cirurgia não pode ser revertida, além de que passarei a ser estéril**, implicando em perder a capacidade reprodutiva, como consequência do procedimento cirúrgico a ser realizado.
2. Os genitais não ficarão com configuração feminina, uma vez que serão retirados apenas os testículos, sem manipulação do pênis ou da bolsa escrotal.
3. A cirurgia tem como principais riscos inerentes de: a) sangramento, hematoma (acúmulo de sangue) ou edema (inchaço) da área operada; b) infecção local, perineal e sistêmica (espalhadas pelo corpo); c) necrose (perda da vitalidade e morte) dos tecidos manipulados; d) complicações cirúrgicas e anestésicas de outra natureza, de ocorrência rara, porém associadas a todos os atos operatórios; e) dor local de intensidade e duração variáveis no período pós-operatório; f) dificuldade e mesmo impossibilidade de atingir o orgasmo.

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 ORQUIECTOMIA BILATERAL 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 **ORQUIECTOMIA BILATERAL EM CONTEXTO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO** e também aqueles que julgarem necessários para o sucesso da cirurgia e minha plena recuperação, 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 ORQUIECTOMIA BILATERAL EM CONTEXTO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO, 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 8078/90)**

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.