

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PREENCHIMENTO GENITAL FEMININO

NOME DA PACIENTE: _____ CPF: _____

Declaro que o (a) Dr.(a) _____, me esclareceu ser necessário/conveniente me submeter ao tratamento de preenchimento genital com intuito de melhora de _____ Material utilizado: _____.

1. O QUE É PREENCHIMENTO

É uma técnica onde são injetadas substâncias para correção de rugas, sulcos e cicatrizes nas partes íntimas com objetivo de correção de assimetrias, volumização e hidratação. O produto mais utilizado é o ácido hialurônico que é um implante absorvível. Há várias marcas no mercado, e a quantidade de produto utilizada depende da necessidade de cada paciente e só poderá ser determinada após a avaliação médica. Novas infiltrações podem ser necessárias. O material é estéril, exclusivo do paciente e não poderá ser compartilhado. À critério médico pode ser injetado o volume total de uma seringa ou apenas parte dele. O tempo de duração do produto costuma ser entre 6-12 meses.

2. POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

A aplicação do preenchimento é feita com cânulas. A paciente poderá sentir um leve ardor enquanto o preenchimento é injetado e por tratar-se de medicação injetável, poderá ocorrer sangramento e hematomas (manchas roxas) após o procedimento. Eritema (vermelhidão), prurido (coceira) e edema (inchaço) locais transitórios também poderão ocorrer. Tais sinais costumam desaparecer em até 10 dias do procedimento. Se ocorrer hematoma, poderá utilizar gelo no local e o paciente não deve expor a região ao sol até o desaparecimento total. Se houver complicação pelo uso exclusivo do material (HA), uma injeção de hialuronidase poderá ser utilizada, neutralizando o efeito do HA.

3. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Declaro ter informado ao médico assistente todo meu histórico médico tanto clínico quanto cirúrgico. Tratamentos farmacológicos atuais e se sofro de alguma alergia medicamentosa.

4. CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade ou alergia ao material a ser utilizado. Não pode ser aplicado em crianças, gestantes, mulheres que amamentam e pessoas com histórico de alergia a qualquer componente usado, pessoas com doenças auto-imunes (ex.: lúpus), pessoas com problemas de coagulação e diabetes descompensada. Se é portador de herpes deverá avisar a sua médica antes do procedimento.

5. ANESTESIA

Há indicação de uso de anestésico infiltrativo na área em que será aplicado o implante.

6. CUIDADOS

Fui informada das precauções e recomendações que devo seguir após a aplicação do tratamento e me comprometo a seguir tais normativas. Abstinência sexual por _____. Manifesto que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo os possíveis riscos inerentes ao tratamento. Por fim, dou minha autorização para documentação por foto ou filme do procedimento para fins médicos, científicos ou educativos, sem que minha identidade seja jamais revelada junto as imagens. SIM ____ NÃO ____

Em tais condições, consinto que me seja realizado o tratamento com ácido hialurônico na região genital.

São Paulo, ____ de _____ de 2025

Assinatura Paciente e/ou Responsável

RG/CPF: _____

Assinatura do Médico Assistente

CRM: _____ UF: ____