TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GLOTOPLASTIA

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____,declaro que recebi informações claras, completas e compreensíveis sobre a cirurgia de glotoplastia, procedimento ao qual me proponho a me submeter.

1. Finalidade do procedimento

A glotoplastia é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo, realizado sob anestesia geral. Seu objetivo principal é a harmonização vocal, buscando tornar a voz mais aguda. O procedimento é feito por via oral-faringo-laríngea (interna), o que significa que não requer incisões externas no pescoço

2. Benefícios esperados

Fui informado(a) de que os benefícios potenciais da glotoplastia incluem:

- Tornar a voz mais aguda.
- Possibilitar maior adequação da voz à identidade de gênero.
- Favorecer bem-estar físico, psicológico e social.

3. Riscos e intercorrências possíveis:

Fui esclarecido(a) sobre os riscos e intercorrências que podem surgir

durante ou após o procedimento cirúrgico, tais como:

- Inflamação local, hematoma ou infecção.
- Dor ou incômodo em garganta e pescoço.
- Alterações transitórias ou permanentes da voz.
- Grau de melhora da voz imprevisível, podendo levar semanas ou meses.
- Possibilidade de não atingir o resultado desejado.
- Irreversibilidade do procedimento, isto é, não há possibilidade de retorno da laringe à condição anterior.
- Necessidade de reoperação.
- Complicações gerais relacionadas à anestesia.
- Necessidade futura de intubação com tubo de menor diâmetro.

4. Limitações do procedimento

Compreendo que:

- Não há garantia de resultado.
- O compromisso do(a) médico(a) é de meio, não de fim.

• A plena satisfação da paciente pode não ser atingida.

5. Cuidados necessários após a cirurgia

Comprometo-me a seguir rigorosamente as orientações médicas e da equipe de saúde no pós-operatório, que incluem, mas não se limitam a:

• Uso correto da medicação prescrita.
• Repouso vocal e físico.
• Seguir dieta indicada.
• Evitar esforços, poeira, mofo, poluição, calor e frio.
• Comunicar imediatamente sintomas como febre, secreção ou cansaço incomum.
• Procurar pronto atendimento se não conseguir contato com o médico responsável.

6. Fatores que podem interferir no resultado

Fui informado(a) de que alguns fatores podem influenciar ou comprometer o resultado da cirurgia, incluindo, mas não se limitando a:

• Adesão ou não à hormonioterapia sendo que a não adesão pode comprometer o resultado esperado.
• Tabagismo e consumo de álcool
• Doenças crônicas não controladas, como refluxo gastroesofágico, doenças respiratórias.
• Uso inadequado da voz ou ausência de acompanhamento fonoaudiológico pós-cirúrgico.
• Problemas de cicatrização individual.

7. Alternativas terapêuticas

Fui informado(a) sobre as alternativas à glotoplastia, que foram discutidas em consulta e compreendo que são opções não cirúrgicas para a harmonização vocal:

• Tratamento fonoaudiológico.
• Acompanhamento clínico multidisciplinar.
• Outras estratégias médicas ou não cirúrgicas.

8. Direitos da paciente

Reconheço e declaro que:

• Tenho direito de recusar ou desistir do procedimento até o ato cirúrgico.

• Tenho direito de solicitar novas explicações a qualquer momento.

• Tenho direito de ser informada sobre eventuais intercorrências e medidas adotadas.

•Tenho direito à privacidade e à confidencialidade de minhas informações médicas.

---

9. Declaração de ciência

Declaro que:

• Recebi todas as informações em linguagem clara, objetiva e suficiente para a plena compreensão do procedimento de glotoplastia.

• Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e tive tempo adequado para refletir sobre minha decisão.

• Estou ciente dos riscos, benefícios, alternativas e limitações do tratamento.

• Autorizo que, em caso de intercorrências, o(a) médico(a) adote medidas necessárias para minha segurança e preservação da vida, com compromisso de me informar posteriormente.

• Decido, de forma livre, consciente e esclarecida, submeter-me à cirurgia de glotoplastia.

Local e Data: _____

Assinatura da paciente: _____

Assinatura do(a) médico(a): _____

Nome e CRM do(a) médico(a): _____

Testemunhas

1.Nome: _____
RG: _____
Assinatura: _____

2.Nome: _____
RG: _____

Assinatura: _____