

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Eu, _____, portador do RG n.º _____, inscrito no CPF n.º _____, procurei por minha livre e espontânea vontade o(a) Dr (a) _____, para ser submetido ao processo transexualizador, sendo indicado o procedimento denominado: _____.

Antes da operação, foi-me informado que a TRANSGENITALIZAÇÃO é um método cirúrgico que consiste na redesignação genital de **caráter irreversível**.

Trata-se de uma cirurgia feita sob anestesia geral, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. Fazem parte do processo:

(descrever cirurgias propostas), em contexto de afirmação de gênero, o que resultará em infertilidade permanente, a fim de tornar o procedimento possível.

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 e f) dificuldade e mesmo impossibilidade de atingir o orgasmo.

Reconheço que sou portador(a) de uma afecção médica denominada transexualismo (Código Internacional de Doenças - CID F 64.0) e que realizei o acompanhamento multidisciplinar necessário para a realização de procedimento cirúrgico proposto, que este foi decidido em conjunto com a equipe multiprofissional que me assiste no processo transexualizador e, como já mencionado, esta é uma etapa importante e necessária do meu tratamento.

Declaro que fui informado(a) referente ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento proposto pelo meu médico, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica, e que concordo com os procedimentos descritos.

Diante do exposto, declaro estar em pleno gozo de minha capacidade civil e ter idade superior a 18 (dezoito).

Declaro ter participado, de modo consciente, do processo de decisão sobre o tratamento acima referido e que este documento atesta minha aceitação acerca da terapêutica proposta pelo médico acima nominado e que todas as declarações por mim prestadas são verdadeiras.

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente