

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA PLÁSTICA ABDOMINAL (Dermolipectomia abdominal)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

A *dermolipectomia* é uma cirurgia que se destina a retirar determinada quantidade de pele e (de) gordura do abdome. Favorece a perda de peso, todavia não é a quantidade em gramas retiradas que definirá o resultado estético final, mas, sim, a manutenção da proporcionalidade e da harmonia do corpo como um todo.

Portanto, esta cirurgia não se constitui em um método de emagrecimento, bem como não substitui a necessidade de cuidar de seu peso corporal e de praticar exercícios físicos para ajudar a manter a sua saúde e o formato do seu novo abdome.

Não será possível retirar toda a gordura do mesmo, apesar da possibilidade de um eventual uso de lipoaspiração conjunta em pequenas áreas, todavia sempre existirão alguns locais, principalmente abaixo do umbigo e na região do “estômago”, onde permanecerão um pouco de gordura, e isto se deve ao fato de que a pele do abdome necessita desta gordura como proteção ao seu suprimento sanguíneo.

Haverá sempre uma cicatriz visível, e que será tanto maior quanto maior for o excesso de pele a ser retirado.

Sempre que possível esta cicatriz será colocada em local que coincida com a marca das roupas de banho da paciente. O aspecto desta cicatriz é individual, pois dependerá do tipo de pele e de sua reação à cirurgia.

O umbigo geralmente fica com formato natural podendo variar em alguns casos, ou poderá ser mantida sua forma, mas ele será rebaixado alguns centímetros do local original. Em outros casos, pode resultar em uma pequena cicatriz vertical, correspondente ao antigo local do umbigo. Em algumas situações é preferível eliminar o umbigo existente e reconstruir um novo umbigo.

Gestações devem ser programadas para antes da sua *Abdominoplastia*, pois caso ocorram após esta cirurgia, poderão favorecer o aparecimento de mais estrias, bem como o alargamento das cicatrizes, além de comprometer, severamente, o resultado já obtido.

Textura da pele: igualmente não pode ser esquecido que a “firmeza” da pele se altera com a idade, e nenhuma cirurgia tem o poder de restaurar a elasticidade da juventude, perdida pelo efeito deletério do passar do tempo. Isto tem expressão fundamental em se tratando de pacientes pós-obesos.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Tipo de anestesia: A indicação do tipo de anestesia cabe ao anestesista, que é o médico especialista desta área. Pode ser anestesia geral, peridural ou similar, ou ainda anestesia local sob sedação.
2. Tempo de duração do ato cirúrgico: Não há um tempo definido para esta cirurgia, mas, em média, 3 horas, podendo variar para mais ou para menos.
3. Período de internação: de 1 a 2 dias, numa evolução normal. Eventualmente, o paciente pode ter alta no mesmo dia.
4. Evolução pós-operatória: até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características desse tipo de intervenção, a saber:

Cicatrização: até o 30º dia o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou ao curativo. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e mudança nas tonalidades de sua cor, podendo passar de vermelho ao marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é o que mais preocupa os (as) pacientes. Todavia, ele *é temporário e varia de paciente a paciente*. Do 12º ao 18º mês a cicatriz tende a tornar-se cada vez mais clara e menos espessa, atingindo

assim o seu aspecto definitivo, **PORTANTO, QUALQUER AVALIAÇÃO DEFINITIVA DE UMA CIRURGIA DESTE TIPO DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES.** Poderá haver formação de cicatriz patológica (queloide, cicatriz hipertrófica ou alargada) dependendo das características do próprio organismo e/ou da susceptibilidade individual.

Sensibilidade: nos primeiros meses é normal que o abdome apresente uma falta de sensibilidade relativa, além de estar sujeito a períodos de edema (inchaço), o que regredirá espontaneamente. Esta falta de sensibilidade, em especial na região abaixo do umbigo, pode permanecer por tempo variável, e, até mesmo ser permanente.

Forma: o abdome pode apresentar, nessa fase, um aspecto *esticado ou plano*. Com o decorrer do tempo, e o auxílio dos exercícios para modelagem, o resultado definitivo será gradativamente atingido. Quanto ao umbigo, pode ser aproveitado o do(a) próprio(a) paciente, o qual é transplantado e, se necessário, remodelado. Portanto, ao redor dele haverá também uma cicatriz que sofrerá a mesma evolução descrita no item. Havendo necessidade, faz-se pequeno (refinamento) na mesma, sob anestesia local, após alguns meses, pois cada paciente tem sua evolução cicatricial característica e personalíssima. Nos casos em que o umbigo é eliminado e um novo umbigo é reconstruído, não haverá cicatriz ao redor do novo umbigo.

Manchas: poderão haver manchas (equimoses, hipocromias ou hiperpigmentações) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente, por meses, e, raramente, serão permanentes.

Pode ocorrer infecção, localizada ou não, podendo ser acompanhada de deiscência de pontos (abertura da ferida cirúrgica). Normalmente, é controlada com uso de antibióticos e/ou drenagem de coleções e cuidados locais. Raramente tem curso de maior gravidade.

5. **Gordura na região do estômago:** a *dermolipectomia* nem sempre corrige aquele excesso de gordura que algumas pessoas têm sobre a região mencionada. Isto não depende do cirurgião, mas sim do tipo físico do(a) paciente, pois se o tronco (conjunto de tórax e abdome) for do tipo curto, dificilmente poderá ser corrigido, enquanto que o tipo longo já se mostra mais favorável. Há que levar em conta, ainda, a espessura do panículo adiposo (camada de gordura) que reveste o corpo do(a) paciente.
6. **Localização da cicatriz da cirurgia:** a cicatriz resultante de uma *dermolipectomia* localiza-se horizontalmente, logo acima da implantação dos pêlos pubianos, prolongando-se lateralmente em maior ou menor extensão, na dependência do volume do abdome a ser corrigido. A cicatriz é planejada para ficar oculta sob os trajes de banho, havendo casos em que até uma tanga poderá ser usada, portanto, o tipo de *maiô* ou *biquíni* a ser usado estará na dependência do seu próprio manequim, já que o cirurgião apenas aprimora a sua forma pessoal preexistente, porém nem sempre é possível ocultar a cicatriz. No caso de abdominoplastia em âncora, muito usada em pacientes pós-obesos, haverá também uma grande cicatriz vertical no meio do abdome.
7. **Dor no pós-operatório:** É muito variável, podendo até mesmo não haver dor. Será prescrito analgésico para ser administrado se for necessário.
8. **Curativos:** Haverá curativo sobre as incisões (corte) do abdome. Estes curativos devem receber cuidados especiais que o seu médico irá orientá-lo no momento da alta hospitalar.
9. **Drenos:** Nem sempre são usados drenos, e quando utilizados não há um momento definido para retirada dos mesmos. Usualmente, são retirados após a drenagem ser inferior a 50 ml por dia.
10. **Sonda vesical:** Se utilizada, para facilitar o controle de urina, poderá ser retirada no dia seguinte a cirurgia.
11. **Náusea:** Pode ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
12. **Equimoses (manchas roxas):** É normal o seu aparecimento nas áreas operadas e, especialmente, em locais onde houve lipoaspiração.

13. Edema (inchaço): Seu abdome permanecerá inchado por tempo variado, em geral de 1 a 3 meses, impedindo que você observe o verdadeiro resultado obtido, o qual ficará mais evidente no espaço de 06 meses a 01 ano, desde que você mantenha o seu peso sob controle.
14. Seroma: Líquido que se acumula sob a pele, em especial abaixo do umbigo. Nesta eventualidade, seu médico fará uma aspiração deste líquido com uma seringa. Sua retirada é praticamente indolor pelo fato de a pele estar ainda com a sensibilidade diminuída. Quando ocorrer *seroma* seu repouso deve ser mais prolongado. Raramente será necessária uma nova intervenção cirúrgica para controle do seroma.
15. Retirada dos pontos: geralmente não existem pontos externos para serem retirados. Mas se houver, em média, do 10º ao 30º dia.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado pelo seu cirurgião.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar esforço físico pelo tempo de 30 dias.
2. Usar meia elástica (suave compressão), seguindo as orientações do seu médico.
3. Nas três primeiras semanas não use sapatos de salto alto.
4. Levantar-se após cada duas horas de repouso e dar uma volta pela casa, aproveitando para realizar suas atividades básicas, tais como: ir ao banheiro, alimentar-se, tomar banho. Evitar, ao máximo, subir ou descer escadas longas quando estiver sozinho.
5. Na primeira semana após a cirurgia, repouse com dois travesseiros embaixo dos joelhos para não forçar a cicatriz.
6. Nos três primeiros dias faça 10 inspirações profundas, a cada duas horas, durante o dia.
7. Andar em ligeira flexão de tronco (corpo levemente curvado), mantendo passos curtos, durante um período de 1 semana a 15 dias.
8. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
9. Voltar ao consultório para a troca de curativos nos dias e horários marcados.
10. Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica). Evite alimentos que lhe causem flatulência (eliminação e gases).
11. Aguarde para fazer ou continuar sua "*dieta ou regime de emagrecimento*" após a liberação médica. A antecipação dessa conduta, por conta própria, pode desencadear resultados indesejáveis e prejudiciais.
12. Use o seu modelador elástico, continuamente, pelo período indicado por seu médico, retirando-o só para banhar-se.
13. Tomar sol só após 2 meses de pós, sem atingir as cicatrizes e/ou áreas que se encontrem, ainda, eventualmente, roxas. E quando o fizer, usar protetor solar e roupa de banho cobrindo todo o abdômen. *Biquíni*, só após 6 meses de pós.
14. Dirigir automóvel: após três semanas a um mês de pós.

15. Esportes: natação após 2 meses; ginástica só após 3 meses.
16. Drenagem linfática: iniciar após a 3ª semana de pós, com profissional indicado(a) por seu médico.
17. Relações sexuais: após duas semanas de pós, e com as devidas cautelas.
18. Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
19. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o(a) cirurgião(o).
20. Tenha sempre em mente que o bom resultado final de qualquer cirurgia também depende de você.

RISCOS: além dos riscos inerentes a todo e qualquer procedimento cirúrgico, a *dermolipectomia* ainda apresenta os seguintes riscos: perda de áreas de pele (necrose); persistência de excesso de pele e/ou de gordura; insatisfação do(a) paciente com a forma final do abdome ou de áreas próximas; diminuição ou perda da sensibilidade em alguma parte do abdome, podendo esta perda ser transitória ou definitiva; acúmulo de líquidos ou de sangue sob a pele, exigindo múltiplas drenagens (seromas e hematomas); trombose venosa profunda (TVP), podendo evoluir para embolia pulmonar; depressões na pele e, em raros casos, necessidade de reoperação; morte.

TABACO/ÁLCOOL: O TABAGISMO, USO DE DROGAS E DE ÁLCOOL AINDA QUE NÃO IMPEÇAM A REALIZAÇÃO DE UMA CIRURGIA, SÃO FATORES QUE PODEM DESENCADear COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. A INTERRUPÇÃO DO USO DO TABACO OU DROGAS/ÁLCOOL NÃO CESSAM OS MALEFÍCIOS DO USO ANTERIOR, APENAS DIMINUEM A PROBABILIDADE DE POSSÍVEIS EFEITOS DELETÉRIOS. DEVE-SE SUSPENDER O USO DE TABACO, POR PELO MENOS 60 DIAS, ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Lembrete: toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de retoques ou restauro para um melhor refinamento do resultado final. Em caso do seu médico indicar este procedimento, você não terá despesa com honorários do cirurgião, ficando apenas responsável pelos demais gastos relativos ao procedimento. Converse sobre isto com seu médico.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de *DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL*, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações:

.....

Local: Data:,,

.....
(assinatura do(a) paciente)

.....
CPF

Testemunha 1:

.....
CPF

Testemunha 2:

.....
CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



RINOPLASTIA (Cirurgia Plástica de nariz)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A *Rinoplastia* é uma das mais antigas e tradicionais cirurgias no âmbito da cirurgia plástica, pois os cirurgiões indianos já a praticavam há dois mil anos. É um tipo de cirurgia muito notada por seus resultados, devido ao fato de modificar sensivelmente a face do(a) paciente.

Não é possível prever, com absoluta exatidão, e nos mínimos detalhes, o formato final de um nariz após uma *Rinoplastia*. Mesmo tendo-se objetivos a atingir, não é possível prever o quanto destes objetivos serão alcançados. E isto se deve ao fato de que cada paciente tem características que lhe são próprias, tais como a espessura da pele e das cartilagens do nariz, elementos que podem interferir no resultado final.

Também, há que se levar em conta que a reação local, após a retirada e o manuseio das estruturas do nariz, será igualmente variável de pessoa a pessoa.

Exemplificando: um (a) paciente com pele espessa na ponta nasal, após a retirada e modelagem da cartilagem local, terá uma ponta mais fina, mas não tão fina quanto a de um paciente com pele menos espessa.

Do que é possível concluir que a natureza de cada caso impõe limitações que lhe são próprias e imprevisíveis. Por tal razão, a tentativa de prever uma imagem do(a) paciente em computador, será apenas uma idealização e, portanto, pode ficar bem longe da realidade.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. **Tipo de anestesia:** pode ser usada tanto a anestesia local quanto a geral, ou ainda, a associada. Há possibilidade de que a escolha seja feita pelo(a) paciente, todavia com prévia ponderação de sua conveniência com o(a) cirurgião(ã).
2. **Tempo de duração do ato cirúrgico:** em média 90 minutos, podendo ser mais prolongado, de acordo com a necessidade do caso.
3. **Período de internação:** meio período para as cirurgias realizadas sob anestesia local; 24 horas, quando utilizada anestesia geral; 12 a 24 horas, quando a anestesia for associada. Mas a determinação deste tempo pode ser variável e fica na dependência de cada caso.
4. **Escolha de um nariz novo:** a possibilidade de escolha do paciente por um novo nariz vai até um certo limite, que é determinado pelo equilíbrio estético que deverá haver entre o nariz e a face do(a) paciente, o que será fruto de detalhado estudo do cirurgião sobre seu(sua) paciente.
5. **Evolução pós-operatória:** até que se atinja o resultado desejado, diversas fases evolutivas ocorrerão e são características desse tipo de cirurgia. Tais reações são variáveis de pessoa para pessoa, contudo é importante proporcionar o necessário tempo ao organismo para que ele “administre” esta nova situação. ***NENHUM RESULTADO DE CIRURGIA ESTÉTICA DE NARIZ DEVERÁ SER AVALIADO ANTES DO 6º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO. O RESULTADO FINAL SE DARÁ EM TORNO DE 12 MESES.***
 - 5.1 **Dor:** geralmente este tipo de cirurgia não apresenta dor no pós-operatório. O que incomoda é o desconforto causado, principalmente, pelo tampão nasal, quando este é empregado.
 - 5.2 **Náusea:** poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
 - 5.3 **Tamponamento nasal:** não é usado de rotina, só é empregado quando é realizada a septoplastia (correção de septo). Neste caso, é retirado o tampão, geralmente, após 24 horas.
 - 5.4 **“Placa ou Gesso”:** você usará sobre o nariz apenas um pequeno curativo plástico americano. É leve e discreto. Você o usará por 7 a 9 dias.

- 5.5 **Edema (inchaço):** é comum ao redor dos olhos, sendo mais intenso pela manhã, podendo até dificultar a abertura completa dos olhos por 1 ou 2 dias.
- 5.6 **Equimoses (manchas roxas):** ocorrem em alguns casos, especialmente ao redor dos olhos. Podem levar de 15 a 30 dias para desaparecer. Após a retirada do “gesso” já pode ser usado corretivo facial, possibilitando um melhor convívio social.
- 5.7 **Sangramento:** pequeno sangramento no curativo (“bigode”) ou pelas laterais do gesso, próximo ao canto dos olhos, é considerado normal. Se ficar mais intenso ou não cessar com o repouso, avisar imediatamente seu médico.
- 5.8 **Curativo:** trocar somente o curativo “bigode” quando ele estiver muito úmido. Se preferir pode ficar sem o curativo, mas lembre-se de não assoar o nariz.
- 5.9 **Repouso:** não fazer repouso adicional, pois pode favorecer o aumento do edema. Usar dois travesseiros ao dormir, por uma semana, mantendo sempre a face voltada para cima (nunca lateralmente). O uso de meia elástica também é recomendado durante a cirurgia, e até 5 dias após, para prevenir o tromboembolismo.
6. **Cicatrizes ou marcas de pontos:** praticamente não existe cicatriz aparente, pois elas se encontram dentro do nariz. Em alguns casos poderá haver um único ponto em cada lado do nariz ou, então, uma cicatriz de aproximadamente 5 milímetros na columela (parte inferior do nariz) ou, ainda na base das asas nasais, dependendo da técnica empregada. O aspecto final destas cicatrizes ficará na dependência do tipo de pele do(a) paciente e de suas características de cicatrização naquela região.
7. **A respiração após a cirurgia:** pode se apresentar melhor em uma das narinas, e no período inicial pode estar dificultada pelo inchaço (edema) interno e a lenta recuperação dos tecidos operados.
- 7.1 **Rinite alérgica:** quando preexistente à cirurgia, poderá reaparecer após a *rinoplastia*, demandando continuidade no seu tratamento clínico da rinite.
- 7.2 **Desvio de septo:** quando houver desvio de septo, a sua correção poderá ser feita concomitantemente à *Rinoplastia*, por cirurgião especialista da área, ou feita anteriormente à *Rinoplastia*.
8. **Evolução para o resultado final:** várias são as fases, conforme já mencionado no item 5, portanto, *o resultado final não é imediato*. Além do que, após a retirada do “gesso” (aproximadamente 8 dias), e mesmo corrigidos os principais defeitos do nariz, ele vai mostrar-se aquém do desejado, devido ao inchaço, que irá diminuir, gradativamente, até desaparecer em torno do 6º mês (esse período pode ser menor ou maior, dependendo do biotipo de cada paciente). O resultado de uma *Rinoplastia* é praticamente definitivo, ressaltando-se, porém, que após os 50 anos de idade, todo nariz começa a apresentar alterações morfológicas compatíveis com a idade, bem como devido à transformação apresentada pela pele que o reveste.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Comunicar até 2 dias antes da cirurgia, ocorrências como gripe, indisposição, febre, resfriado, coriza ou quaisquer sintomas que afetem a boca, o nariz ou a garganta.
- Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
- Em caso de internar-se no mesmo dia da cirurgia, comparecer ao hospital/clínica totalmente em jejum (anestesia geral). Em caso de anestesia local, poderá ingerir, pela manhã, pequena xícara de café com leite e uma bolacha.
- Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Evitar sol, vento ou friagem nos três primeiros dias.
- Tomar cuidado especial com o “gesso” para não traumatizá-lo, não umidecê-lo e jamais retirá-lo. Só o(a) cirurgião(ã) poderá fazer esta remoção.
- Usar compressas com soro fisiológico gelado sobre os olhos nas primeiras 05 horas e, depois, 30 minutos a cada 2 horas, por três dias.
- Procure não abaixar a cabeça e não faça esforço físico.
- Pode pingar soro fisiológico (opcional), à vontade, no nariz para facilitar a respiração.
- Permanecer no domicílio, sem sair, até o 2º dia de pós-operatório.

- Massagem tipo drenagem, após a retirada do gesso, sob a orientação do seu médico é indicada.
- Retornar ao trabalho só após a retirada do gesso (aproximadamente 8 dias).
- Caminhadas esportivas após 15 dias, evitando tomar sol.
- Dirigir, geralmente, após o 5º dia de pós, se as condições visuais permitirem.
- Uso de óculos, após 30 dias, ou antes, se liberado por seu médico.
- Esportes após 45 dias.
- Sol intenso após 45 dias, usando boné e protetor solar indicado por seu médico.
- Após a retirada do gesso é livre o uso de maquiagem leve e o corretivo.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
- Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
- Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

ALTA CIRÚRGICA

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com tomada de novas fotos para estudo fotográfico de controle de qualidade dos resultados. Na maioria dos casos, o(a) paciente receberá alta nesta ocasião. Todavia, pode haver casos para os quais será necessário indicar um pequeno retoque, ou refinamento, para corrigir mínimas imperfeições, desvios ou formação de fibrose (pequenas “calosidades”, que possam prejudicar o resultado obtido). Neste caso, você poderá marcar com seu médico a época que lhe for mais conveniente para a realização desta intervenção.

Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

RISCOS

Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, a *Rinoplastia* pode apresentar os seguintes riscos: sangramento nasal, cicatrizes aparentes, rinite alérgica, respiração nasal insatisfatória, necrose de pele ou de mucosa, forma insatisfatória do nariz. O seu médico está à sua disposição para esclarecer cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, em caso de sua eventual ocorrência.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento livre e esclarecido, para que o(a) Dr.(a), reconhecendo-o(a) como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), e toda sua equipe, realizem em mim o procedimento acima mencionado, de *RINOPLASTIA* bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações:

.....

Local: Data:,,

.....
(assinatura do(a) paciente)

.....
CPF

Testemunha 1:

.....
CPF

Testemunha 2:

.....
CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA ONCOLÓGICA

1. Por determinação explícita de minha vontade, eu, declaro que sou portador de:, e por este Termo, autorizo o Dr..... e todos os demais profissionais dos quais ele se serve, e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o procedimento cirúrgico denominado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários dele decorrentes. Fui informado(a) também que durante a realização da proposta terapêutica poderá ocorrer a necessidade de mudança de conduta, dependendo de eventos adversos ou dos achados cirúrgicos. Estou ciente de que, posteriormente, deverei prosseguir com o tratamento.
2. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que:
 - a. Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz, que será permanente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível.
 - b. Poderá haver inchaço (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses.
 - c. Poderão haver manchas na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes.
 - d. Poderá haver descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes.
 - e. Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico.
 - f. Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, e que é variável de paciente a paciente.
 - g. Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;
 - h. Poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;
 - i. Toda cirurgia pode necessitar, eventualmente, de revisões cirúrgicas- REFINAMENTOS, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado funcional e/ou estético.
 - j. Apesar de todos os esforços da equipe médica, não há garantia quanto a cura para a doença atual, assim como não há garantias de que o tratamento acima proposto não venha a gerar consequências físicas ou psíquicas.
 - k. A reconstrução que talvez venha a ser necessária após a ressecção cirúrgica oncológica tem caráter reparador, visando melhorar as alterações decorrentes da cirurgia oncológica. Assim sendo, a cirurgia reparadora não tem caráter estético, e sim reparador, para melhoria dos aspectos físicos, psíquicos e funcionais.

Portanto, de posse dessas informações:

3. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a), e toda sua equipe, a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

4. Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para

toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

5. Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

6. Eu compreendo e aceito que o tabagismo, o uso de drogas e de álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico- cirúrgicas.

7. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.

8. Estou ciente de que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual autorizo o profissional acima designado a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

Observações: -----

São Paulo,..... de de

_____ RG : _____
Assinatura do(a) paciente

Testemunhas:

1 _____ RG: _____

2 _____ RG: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO (Cirurgia para aumento das mamas)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

Esta é uma das cirurgias plásticas bastante procuradas pelas pacientes que estão descontentes com o volume de suas mamas, sendo também indicada para melhorar o aspecto estético das mesmas.

A cirurgia de aumento mamário não só proporcionará mamas maiores, mas também vai elevar a altura das aréolas e dos mamilos, quando estes estiverem caídos. Mamas com quedas moderadas e grandes não serão elevadas com o uso de implantes. Será necessário a retirada de pele concomitante. Observar que os mamilos são normalmente divergentes, ou seja, levemente voltados para fora em quase todas as mamas. Esta posição não será alterada com a cirurgia.

Os implantes de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidos por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo.

Em algumas das pacientes esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer a mama e até modificar o formato do cone mamário, conferindo-lhe um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso.

Quando ocorrer a contratura, será necessária uma nova cirurgia para troca de prótese e, em alguns casos, será preciso retirar os implantes, o que deixaria as mamas flácidas, requerendo uma nova modelagem, sem a possibilidade do aumento mamário. Este risco deve ser perfeitamente entendido e aceito antes da cirurgia.

O novo formato das mamas não será eterno, ou seja, estará sujeito às mudanças do tempo e, principalmente, às modificações de volume que a glândula mamária sofrerá pelas mudanças hormonais e, particularmente, pelas gestações.

Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias com troca dos implantes para restaurar o formato obtido anteriormente.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: anestesia geral. Em casos especiais, e a critério do cirurgião, pode-se empregar peridural alta ou local com sedação assistida.
2. Tempo de duração do ato cirúrgico: a média é de 90 minutos, até 120 minutos, dependendo do caso.
3. Período de internação: 24 horas (para anestesia geral); 12 horas (quando utilizada peridural alta) e 12 horas (quando a anestesia for local com sedação assistida). Podendo variar de pessoa a pessoa.
4. Evolução pós-operatória: até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:
 - 4.1. Cicatrização: o local das cicatrizes pode variar de acordo com a escolha do cirurgião, podendo ficar situadas no sulco formado entre a mama e o tórax, ou na área da aréola ou, ainda, na axila. A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é *temporário, bem*

como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo. QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA, NO QUE DIZ RESPEITO À CICATRIZ, DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES.

2. **TAMANHO, CONSISTÊNCIA E FORMA:** com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume aumentado, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma. O novo volume pode ser escolhido, já que se tem à disposição vários tamanhos de peças de silicone, porém, é importante lembrar que esta escolha deve obedecer à norma de harmonia em relação, não só ao tórax da paciente, quanto ao seu físico, como um todo. As “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma e volume ainda estão aquém do resultado planejado, já que *nenhuma mama será “perfeita” no pós-operatório imediato*. Do 30º dia ao 3º mês continua a evolução para a forma definitiva. Pode ainda ocorrer um maior ou menor grau de edema (inchaço). Do 3º ao 12º mês é quando a mama vai atingir seu aspecto definitivo, no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume da prótese introduzida, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso para caso (bem como o cuidado que a paciente tem consigo). Este é o momento ideal para fazer a fotografia comparativa entre o pré e o pós-operatório.
5. Cicatrizes antiestéticas: certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Nem sempre isto será possível. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência, sendo maior nas de pele morena ou de descendência oriental. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar ou diminuir o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente após o 12º mês que as mamas atingirão sua forma definitiva.
6. Dor no pós-operatório: uma evolução normal não deve apresentar dor e para isso é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à movimentação dos braços e ao esforço físico nos primeiros dias. Eventualmente, ocorrendo uma manifestação dolorosa, esta facilmente deverá ceder com os analgésicos prescritos. Caso isso não ocorra, contatar com seu(sua) médico(a).
7. Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. E, também, você estará usando um *soutien* modelador.
8. Amortecimento: é normal que ocorra, principalmente na aréola, quando as próteses forem colocadas por esta via.
9. Náuseas: poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
10. Edema (inchaço): presente no início, mas não impedindo as atividades básicas. Um edema mínimo pode persistir por uma semana ou mais.
11. Retirada dos pontos: retirados quando necessário em torno de 10 dias.
12. Banho: liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas e micropore. Se necessário, secá-las com secador de cabelo, em temperatura morna ou fria.
13. Repouso: não fazer repouso adicional. Não se deite de bruço durante 2 meses, e, quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.
14. Uma nova gravidez: caso ocorra, o bom resultado da mamoplastia pode ser alterado dependendo da variação de peso. Portanto, evite ganhar peso excessivo.
15. Caminhar: normal, sendo aconselhável o uso de meia elástica (compressão suave) durante 30 dias, após a cirurgia.

16. Caminhada esportiva: após 30 dias. Ginástica, geralmente, após 120 dias, adotando a técnica de exercícios progressivos.

17. Retração da cápsula: em torno dos implantes colocados, o organismo forma naturalmente uma cápsula. Todavia, há casos em que essa cápsula pode sofrer uma retração exagerada, favorecendo um certo grau de endurecimento. Nos casos de retração exagerada, as próteses poderão ser retiradas pela mesma cicatriz por onde foram introduzidas. Sendo esta retração uma peculiaridade de cada organismo, não há como o cirurgião prevê-la, bem como, em tal ocorrência, nenhuma responsabilidade lhe cabe, já que o fato deriva de uma resposta individual do organismo da paciente, e não de erro de técnica cirúrgica.

18. Ficar no domicílio: até 24 horas após a cirurgia.

19. Trabalho: geralmente é liberado após o 5º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços.

20. Movimento dos braços: não levantar os cotovelos acima dos ombros por 7 dias.

21. Peso: não carregar pesos acima de 5 kg, por 7 dias.

22. Dirigir automóvel: só depois do 7º dia de pós.

23. Sol: desde que não incida sobre as cicatrizes, decote ou ainda áreas eventualmente roxas, é liberado após 30 dias. Usar protetor solar.

24. Troca de Fitas de Micropore: após seu médico liberar, você as trocará somente uma vez por semana, durante, aproximadamente, três meses.

25. Relação sexual: após 07 dias, evitando pressão sobre as mamas durante 1 mês.

26. Alta completa: após 06 meses você será submetida a nova consulta e a fotos pós-operatórias para controle da qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos retoques para acomodar a pele ou melhorar as cicatrizes. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos de refinamento da sua cirurgia.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
- Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
- Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
- Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
- Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar relativas à movimentação dos membros superiores ou massagens.
- Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
- Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
- Alimentação normal (salvo em casos especiais, os quais receberão orientação específica).
- Devido ao fato de estar sentindo-se muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos. Evite fazê-los.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia, o procedimento de Aumento Mamário apresenta os seguintes riscos: endurecimento e/ou deformação e/ou dor por contratura capsular em uma ou em ambas as mamas, podendo esta complicação ocorrer em época recente, após a cirurgia, ou mais tardiamente; infecção e exposição para fora da pele (extrusão da prótese); movimentação das próteses, favorecendo uma forma insatisfatória das mamas; ruptura da prótese durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição; assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma mama e outra), seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente; assimetria na forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas (diferença entre o de um lado e do outro); perda da sensibilidade do mamilo, da aréola e/ou de outros locais da mama de maneira transitória ou definitiva; formato e/ou tamanho insatisfatório das mamas em relação à expectativa da paciente; acúmulo de sangue ou líquido (hematoma, seroma) no local da prótese, requerendo drenagens locais ou, até mesmo, troca da prótese; prejuízo ao exame profilático da mama, seja clínico, ou de Raio X (mamografia) ou por Ultrassom (ecografia); manchas na pele local ou à distância (*rush* cutâneo) e, por fim, estrias permanentes na mama.

O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

OBS.: Não há até o presente momento um parecer definitivo sobre o tempo de validade dos implantes, mas a paciente com próteses deve fazer exames periódicos de controle por Ressonância Magnética e, na eventualidade de qualquer alteração ou anormalidade nas mamas operadas, em qualquer época após a cirurgia, deve procurar, imediatamente, seu médico.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine toda dúvida que, por ventura, ainda reste.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de toda as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima descrito de **AUMENTO DAS MAMAS**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizarem os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião, quanto sua equipe, se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade científica, e desde que fique em sigilo minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura da paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS

A mastopexia (levantamento das mamas) associada à colocação de implantes é uma das cirurgias mais realizadas atualmente. Normalmente, os implantes são usados nestes casos para preencher os polos superiores, área que geralmente encontra-se bastante vazia e deprimida. É importante entender que este tipo de procedimento se faz necessário pelo fato da paciente possuir pele fina, geralmente com estrias, mamas caídas e tecido mamário flácido com predominância de tecido adiposo (gordura). SENDO OBJETIVO, A MASTOPEXIA COM USO DE IMPLANTES É PARA CASOS RUINS EM QUE A RELAÇÃO CONTEÚDO/CONTINENTE (PELE/RECHEIO MAMÁRIO) SE ENCONTRA BASTANTE ALTERADA.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manter uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

MASTOPEXIA – PLÁSTICA DAS MAMAS

1. Tempo de duração do ato cirúrgico: vai depender do tipo da mama a ser operada. A média é de 4 horas.
2. Período de internação: em geral, 12 horas.
3. Evolução pós-operatória: até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:

3.1 Cicatrização: as cicatrizes variam de acordo com o tamanho das mamas a serem reduzidas. A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo. **QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITO APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.**

3.2 Tamanho, Consistência e Forma: com a cirurgia, não só as mamas podem ser melhoradas como a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrização, também as “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentar um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de insensibilidade ou de hipersensibilidade do mamilo. Pode ainda ocorrer edema

(inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual a mama vai atingir seu aspecto definitivo, no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

4. **Cicatrizes antiestéticas:** certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão sua forma definitiva.
5. **Dor no pós-operatório:** uma mamoplastia de evolução normal não deve apresentar dor e, para isso, é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à movimentação dos braços, ao esforço físico e aos demais cuidados nos primeiros dias.
6. **Curativos:** utilizam-se curativos elásticos e modeladores, especialmente adaptados a cada tipo de mama, que devem ser trocados periodicamente.
7. **Retirada dos pontos:** em média, são retirados em torno do 10º ao 30º dia.
8. **Banho completo:** a paciente poderá tomar seu banho completo após 5 dias. Contudo, alguns casos poderão necessitar de cuidados especiais sobre a área operada, sendo então recomendado evitar o umedecimento do local por 8 dias.
9. **Uma nova gravidez:** caso ocorra, o bom resultado da mamoplastia pode ser preservado pelo controle de peso durante a gestação. Quanto à capacidade de lactação, em caso de mamas muito grandes que demandaram uma redução muito acentuada, aquela função poderá ficar prejudicada. Em casos de média e pequena redução, a lactação geralmente é preservada.
10. **Retorno à ginástica:** geralmente isto pode se dar após 90 dias, desde que não exercite os músculos peitorais.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar esforço físico nos primeiros 30 dias.
2. Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar, relativas à movimentação dos membros superiores.
3. Evitar molhar o curativo até que receba autorização para tanto.
4. Não se expor ao sol ou friagem por um período mínimo de 60 dias.
5. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
6. Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
7. Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica).

8. Devido ao fato de estar se sentindo muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos.
9. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o (a) cirurgiã(o).
10. O bom resultado final também depende de você.

Lembrete importante: toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar refinamento.

- Não existirá mudança na consistência da mama após a cirurgia, com exceção dos casos onde existe a inclusão de um implante de silicone concomitantemente à retirada da pele;
 - Poderá ocorrer dificuldade ou ausência de lactação após a cirurgia de mamoplastia, sendo, porém, possível a amamentação numa grande porcentagem de pacientes;
 - Poderão ocorrer alterações da sensibilidade das aréolas, sendo estas mais comuns em mamas gigantes e após mamoplastias secundárias/terciárias. Estes sintomas podem perdurar por um período indeterminando e mais raramente são permanentes;
 - Poderá ocorrer perda de vitalidade (necrose) parcial ou total da aréola, sendo estes fatos mais frequentes em mamas gigantes, pacientes após cirurgia bariátrica e naquelas mamas operadas mais de uma vez. O tratamento consiste inicialmente de curativos e posteriormente à reconstrução do mamilo (se necessária) é feita com pequenos retalhos locais, sendo a reconstrução da aréola feita com dermopigmentação (tatuagem);
 - Poderá ocorrer sofrimento de pele e abertura (deiscência) de pontos após uma mamoplastia, sendo estes fatos mais freqüentes em mamas gigantes, pacientes após cirurgia bariátrica e naquelas mamas operadas mais de uma vez. O tratamento consiste em curativos e sutura das áreas deiscidas caso seja necessário. Poderá num período mais tardio ser necessário um refinamento das cicatrizes;
 - Poderá ocorrer endurecimento de uma pequena porção da glândula mamária (necrose gordurosa) após a cirurgia, devendo esta ser acompanhada clinicamente e menos frequentemente necessitará de retirada cirúrgica. Este problema ocorre mais em mamas já operadas (mamoplastias secundárias) e em mamas que já foram irradiadas (radioterapia) para tratamento de câncer de mama. A necrose gordurosa é benigna, mas devem sempre ser feitos exames complementares e acompanhamento com o médico mastologista;
 - No caso da mamoplastia associada ao uso de implantes de silicone, poderá haver infecção / rejeição dos implantes mamários, levando à formação de seromas (líquido entre o implante e a mama), contraturas, deslocamentos e rotura, com possível deformação da mama e perda do resultado estético inicialmente obtido. Estas reações podem ocorrer uni ou bilateralmente, em período precoce ou tardio após a cirurgia e em muitos casos pode haver a necessidade do uso de antibióticos, drenagens e até a troca precoce ou retirada definitiva dos implantes;
 - Os fabricantes dos implantes de silicone garantem sua alta qualidade, mas não é possível prever sua durabilidade. Em geral, a troca é feita entre 10 a 20 anos após sua colocação, tendo como base queixas clínicas de desconforto local, endurecimento, aumento de sensibilidade e de exames diagnósticos específicos, estando a paciente ciente desta possibilidade;
 - Poderá ocorrer dificuldade na visualização completa das mamas em exame de mamografia quando existe a presença de implantes de silicone. Por esta razão as pacientes devem procurar serviços de diagnóstico com profissionais treinados na realização de MANOBRAS ESPECIAIS que afastam o implante da hora do exame e permitem resultados diagnósticos semelhantes àqueles realizados em mulheres que não possuem implantes de silicone nas mamas;
- a- A melhora a ser obtida será baseada na situação inicial pré-operatória individual, e não em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;

- b- Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz, que será permanente e com intensidade variável, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis.
- c- Poderá ocorrer alargamento de cicatrizes após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um refinamento cirúrgico posterior;
- d- No caso de cicatrizes queloidianas ou hipertróficas, no qual o tratamento clínico com massagens, fitas de silicone e infiltração com corticoides não for efetivo, poderá ser necessário o refinamento cirúrgico de cicatrizes em ambiente ambulatorial / hospitalar e o tratamento adjuvante com betaterapia (radioterapia) das áreas afetadas;
- e- Poderá haver inchaço (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos frequentemente por meses;
- f- Poderá haver manchas na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e muito raramente serão permanentes;
- g- Poderá haver descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais frequente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;
- h- Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;
- i- Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos. Em algumas cirurgias como na abdominoplastia existirá em todos os casos um grau variável de alteração de sensibilidade na porção inferior do abdome operado;
- j- Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica (necrose) e deiscência (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar para sua reparação de tratamento clínico com curativos e novo(s) procedimento(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;
- k- Poderá haver infecção / rejeição de implantes de silicone, levando à necessidade de tratamento com antibióticos, drenagens e até a retirada dos mesmos;
- l- Poderá ocorrer um processo infeccioso na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;
- m- Poderá ocorrer trombose das veias das pernas após a cirurgia, levando à necessidade de tratamentos medicamentosos prolongados, uso de meias compressivas e até de internação hospitalar. Os riscos desta complicação estão relacionados a diversos fatores que incluem: tempo prolongado de cirurgia, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, doenças hematológicas, reumatologias e doenças cardiovasculares, incluindo arritmias do coração e varizes de membros inferiores, presença de neoplasia, uso de anticoncepcionais e reposição hormonal, imobilização no leito, cirurgia em pelve, associação da cirurgia plástica com cirurgia ginecológica/ortopédica entre outras. Uma pequena porcentagem de pacientes que desenvolvem trombose venosa profunda podem evoluir com embolia pulmonar, que em casos graves pode levar à insuficiência respiratória aguda e ao óbito;
- n- Poderá haver a necessidade de transfusão sanguínea, em caso de hemorragias, cirurgias de grande porte e em decorrência de processos infecciosos, devendo o(a) paciente estar ciente de que este tratamento somente será realizado em caso de extrema necessidade;
- o- Poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de paciente para paciente;

- p- Poderá ocorrer alergia aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;
- q- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de refinamentos ou cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado e devo respeitar prazo mínimo de pelo menos 6 meses para fazê-lo.

Portanto, de posse dessas informações:

EU DECLARO estar ciente que depois de minha total recuperação, se for necessária alguma revisão para atingir um melhor resultado, esta será feita de seis a doze meses após a cirurgia plástica, preferencialmente no Centro Cirúrgico de um Hospital, sendo que as taxas hospitalares, de anestesia, de material e eventual troca de próteses, serão pagas por mim. Os valores serão confirmados no período da revisão.

EU RECONHEÇO que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, AUTORIZO, o(a) cirurgião(o) Dr(a)....., CRM/SC RQE e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar;

EU ENTENDO que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias, envolvendo risco para a vida serem raras;

EU ENTENDO que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que, não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais ACEITO o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual de idade” ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos;

EU ME COMPROMETO a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar;

CONCORDO E ME COMPROMETO também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizado o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico;

EU COMPREENDO E CONCORDO que a eventual necessidade de refinamentos acarretará em custos adicionais, referentes às despesas médico-hospitalares;

EU COMPREENDO E ACEITO o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização;

EU AFIRMO ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e à poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas à minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

EU ME COMPROMETO a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que

corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

EU DECLARO que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa; fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório inclusive, a solicitar, segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes;

EU AUTORIZO o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; entendo também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada;

ESTOU CIENTE, que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano, em cada paciente após a cirurgia. Ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou condições de moradia que o impossibilitem (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e ainda de deslocamento desfavorável (transporte público).

EU TIVE oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo o Dr., CRM/SC RQE e toda sua equipe a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas, verbalmente pelo médico e que estou convicto(a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos; igualmente, estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Para tanto, assino o presente termo na presença de duas testemunhas, que a tudo assistiram. Para que produza seus legais efeitos.

Observações: -----

_____, _____ de _____ de ____.

Ass Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____ RG/CPF: _____

Testemunhas:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA (Cirurgia de redução ou elevação mamária)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

É uma das mais comuns entre as cirurgias plásticas, sendo indicada para melhorar o aspecto estético das mamas, para o tratamento profilático de certas doenças e na prevenção de problemas causados por mamas muito volumosas (em especial, dores nas costas).

Importante lembrar que uma mama nunca é igual a outra, aceitando-se como dentro da normalidade uma diferença de 15% entre o tamanho e a forma das mamas de uma mesma paciente. Isto ocorre, e é considerado “normal”, pelo fato de que um lado do corpo não é igual ao outro. Assim, esta diferença poderá persistir, também, após a cirurgia, e a paciente deve estar preparada para isto.

Na cirurgia de redução mamária, o tamanho final da mama será decorrente da média entre o desejo expressado pela paciente e o quanto foi possível diminuir a mama, sem aumentar exageradamente a cicatriz.

Lembrar que uma cicatriz existirá sempre, e ela pode ser de boa, regular, ruim ou de péssima qualidade, ficando este resultado na dependência do tipo de pele da paciente e de sua particular e individualíssima resposta ao processo de cicatrização, sobre a qual o médico não tem qualquer ingerência.

A forma e a extensão das cicatrizes serão definidas durante a cirurgia, dependendo das condições encontradas, mas sempre será buscado o melhor formato possível, dentro de um menor tamanho de cicatriz.

Após a regressão do edema (inchaço), que é natural e esperado devido à cirurgia, é possível que as mamas sofram uma pequena queda (*ptose*), o que será variável de pessoa a pessoa, pois esta queda está ligada a inúmeros fatores, tais quais: gestações, influências hormonais, genéticas, tipo de pele e idade. De igual modo, é preciso que a paciente esteja consciente de que as mamas vão continuar sofrendo o efeito da permanente ação da gravidade e que ficarão na dependência da capacidade dos tecidos (de cada paciente), de se contraporem a este efeito.

Por estas mesmas causas é impossível prever por quanto tempo as mamas manterão seu formato e posição, quando já decorridos alguns anos da cirurgia. Elas não são imunes aos efeitos do tempo, da gravidade e da saúde da paciente. E a cirurgia, por óbvio, não interrompe os efeitos deletérios do tempo.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: anestesia geral. Em casos especiais, e a critério do cirurgião, pode-se empregar peridural alta ou local, com sedação assistida.
2. Tempo de duração do ato cirúrgico: vai depender do tipo da mama a ser operada. A média é de 4 horas.
3. Período de internação: em geral, 12 horas, ou a critério do cirurgião.
4. Evolução pós-operatória: até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:

4.1 CICATRIZAÇÃO: as cicatrizes variam de acordo com o tamanho das mamas a serem reduzidas e podem ter o formato de “T”, de “L”, de “I”, ou ainda ser periareolar (em torno da aréola). A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do

vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é *temporário*, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa, até atingir seu aspecto definitivo. **QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITA APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.**

4.2 TAMANHO, CONSISTÊNCIA E FORMA: com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume reduzido, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrização, também as “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentarem um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de *insensibilidade* ou de *hipersensibilidade* do mamilo. Pode ainda ocorrer edema (inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual a mama vai atingir seu aspecto definitivo no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

5. **CICATRIZES ANTIESTÉTICAS:** certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, **MAS NEM SEMPRE**, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar, **TOTAL OU APENAS PARCIALMENTE**, o problema das cicatrizes inestéticas quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão a nova forma dada pela cirurgia.
6. **Dor no pós-operatório:** é discreta e minimizada com analgésicos leves. Costuma ser mais frequente no período pré-menstrual. Pode ocorrer dor no braço, devido à anestesia e a postura durante a cirurgia.
7. **Fitas de Micropore:** estarão protegendo as cicatrizes, evitando seu alargamento.
8. **Amortecimento:** principalmente na aréola e mamilos. Sua recuperação parcial ou total pode se dar após 01 ano ou mais.
9. **Náuseas:** poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
10. **Edema (inchaço):** presente. Impedirá a visualização do resultado final por, aproximadamente, 3 a 10 meses, sendo mais frequente pela manhã, em dias quentes e no período pré-menstrual. Não impedirá as atividades básicas.
11. **Retirada dos pontos:** geralmente retirados em torno de 14 dias.
12. **Banho:** liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas e micropore. Se necessário, secá-las com secador de cabelo, em temperatura morna ou fria.
13. **Repouso:** não fazer repouso adicional. Não se deite de bruços ou de lado sobre as mamas durante 02 meses, e quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.
14. **Andar:** andar normalmente. É aconselhável o uso de meias elásticas (suave compressão), durante 30 dias, para evitar trombose. Peça auxílio ao(a) acompanhante para calçar as meias, devido ao esforço requerido para calçá-las.
15. **Caminhadas esportivas e esportes que não envolvam a área operada:** após 45 dias. Ginástica e esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombros, peitorais e dorso, natação, aeróbica etc.) após 4 meses, adotando a técnica de exercícios progressivos.
16. **Ficar no domicílio:** até 24 horas após a cirurgia.

17. Trabalho: geralmente é liberado depois do 7º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços
18. Movimento dos braços: não levantar os cotovelos acima dos ombros durante 01 mês.
19. Peso: não carregar pesos acima de 5 kg, durante 1 mês.
21. Dirigir automóvel: após 10 dias.
22. Sol: desde que não incida sobre as cicatrizes ou áreas eventualmente roxas, é liberado após 30 dias. Usar protetor solar.
23. Troca de Fitas de Micropore: após seu médico liberar, você as trocará somente uma vez por semana. Após 30 dias, você passará a usar Fitas e Discos de Silicone sobre as cicatrizes por, aproximadamente, 3 meses, além de um creme para massagens noturnas sobre as cicatrizes.
24. Relação sexual: após 15 dias, evitando pressão sobre as mamas por 2 meses.
25. Ita completa: após 6 meses você será submetida a nova consulta e tomada das fotos pós-operatórias para controle da qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos retoques para acomodar a pele que, por falta de elasticidade, possa estar comprometendo o formato mamário. Poderão ainda ser sugeridos retoques para melhorar as cicatrizes ou o formato das mamas. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos de refinamento da sua cirurgia.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, dor, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer, por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

1. Evitar esforço físico nos primeiros 30 dias.
2. Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar, relativas à movimentação dos membros superiores.
3. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
4. Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
5. Alimentação normal (salvo em casos especiais, os quais receberão orientação específica).
6. Devido ao fato de estar se sentindo muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos. Evite isto.
7. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar seu(sua) cirurgião(ã).
8. Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
9. Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia, o procedimento de **Redução ou Elevação Mamária** também apresenta os seguintes riscos que, mesmo sendo raros, você deve estar preparada para isto: necrose de retalho e da aréola (especialmente em fumantes); podendo ocorrer também a perda do mamilo; persistência de excesso de pele e/ou gordura e/ou tecido mamário, resultando em forma antiestética da mama ou de parte dela; a forma da mama, da auréola e/ou do mamilo poderá ficar diversa do esperado pela paciente; perda ou diminuição da sensibilidade da aréola, do mamilo ou de alguma parte da mama, podendo esta sensação ser temporária ou permanente, não sendo possível prevê-la; assimetria da forma e/ou do tamanho das mamas, podendo esta assimetria ser recente ou ser acentuação de uma assimetria já existente anteriormente; assimetria de forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas; hematoma (raro).

O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de REDUÇÃO E/OU LEVANTAMENTO MAMÁRIO, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião, quanto sua equipe, se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura da paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL



INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O objetivo da cirurgia conhecida como “*face lift*” ou, também, “*lifting de face*” é amenizar os sinais do envelhecimento facial, pois sabe-se ser impossível voltar a ter o mesmo aspecto facial dos anos de juventude. Ou seja, não será possível devolver-lhe a face que você tinha aos 18, 20, 30 ou 40 anos. Entretanto, será possível atenuar as marcas da maturidade, conferindo-lhe um aspecto mais agradável e mais descansado.

Portanto, é muito importante que você tenha uma clara compreensão das possibilidades e limitações do resultado desta cirurgia, antes de optar pela mesma. Primeiramente você deve estar ciente de que não é possível prever, com exatidão, o aspecto final após uma cirurgia de rejuvenescimento facial, pois cada pele e cada paciente apresentam características próprias, as quais podem interferir na qualidade do resultado final e, também, na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios. Algumas rugas permanecerão e necessitarão outros tratamentos opcionais complementares como *Peeling*, toxina botulínica e preenchimentos. É possível, no entanto, atenuar os sinais do envelhecimento e da flacidez, proporcionado à sua face um aspecto mais descansado e bem disposto.

SOBRE OS OUTROS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES

Para a complementação do seu rejuvenescimento, talvez sejam necessários outros tratamentos complementares, dentre os quais:

- 1) *Peeling* – que é a aplicação de substâncias químicas sobre a pele para a renovação da sua camada superficial, diminuindo a profundidade das rugas que permanecem após a cirurgia. Oferece uma boa melhora para a pele do tipo “*marcada pelo sol*”.
- 2) *Toxina botulínica* – usa-se a aplicação da toxina antirugas para diminuir as marcas musculares, principalmente na testa e, também, aquelas que aparecem durante o ato de sorrir, bem como os denominados “*pés de galinha*”. Embora o efeito deste tratamento seja, em média, de apenas 06 meses (podendo variar para mais ou para menos), todavia, sua ação beneficia muito a expressão e protege a pele de novas marcas, pois diminui a contração muscular.
- 3) *Preenchimento* – este pode ser realizado com várias substâncias, visando atenuar aquelas rugas ou sinais remanescentes à cirurgia e, ainda, resistentes aos *Peelings* e à toxina botulínica. De duração variável (em média de um a dois anos), são de grande efeito para o resultado final de um tratamento de rejuvenescimento.

Todos estes tratamentos e, ainda, as aplicações de *laser*, são possibilidades alternativas e só serão realizadas em pacientes que desejarem uma melhora adicional à sua face. Cada qual terá características, riscos e custos adicionais.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Face Exposta – Normalmente ataduras são usadas nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Procure não se impressionar com seu aspecto após a cirurgia, pois o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) vão aparecer e são absolutamente normais nesta fase. Entretanto, dia após dia apresentarão melhora, até sua recuperação completa. Só então você poderá começar a ver o resultado obtido com a cirurgia.

Touca – ao sair da Clínica, você estará usando uma faixa de *velcro*, para seu maior conforto, principalmente ao dormir. Ela deve ficar confortável, sem apertar excessivamente a face.

Drenos – apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte à cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.

Náusea – poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;

Dor – a região operada ficará amortecida, sendo pouco frequente dor local. Poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado), além de eventual prurido (coceira), por aproximadamente 3 dias.

Manchas Roxas (equimoses) – poderão estar presentes no pescoço e ao redor dos olhos, desaparecendo, em média, após 20 dias. Contudo, após 7 dias, você já poderá usar cosméticos para escondê-las.

Edema (inchaço) – é discreto, e dia a dia fica progressivamente menor. Será mais intenso pela manhã, podendo se localizar nas laterais do pescoço e na região dos olhos, dificultando o abrir das pálpebras, nos três primeiros dias.

Manchas Vermelhas – podem ocorrer no “branco dos olhos”, sendo até mesmo frequentes, mas logo desaparecem.

Fechamento Incompleto dos Olhos – é normal nos primeiros dias após a cirurgia.

Lacrimejamento – pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema.

Visão Embaçada – pode ocorrer e geralmente será devido à pomada oftálmica aplicada nos olhos, antes de dormir.

Grumos – pequenos coágulos poderão ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente, 06 meses após a cirurgia.

Cicatrizes – as cicatrizes estarão nos locais que seu médico lhe mostrou nas consultas, antes da cirurgia, ou seja: nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo. No início, poderão ser pouco elevadas, firmes e avermelhadas. Posteriormente, ao longo de semanas e meses, essas cicatrizes ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características de sua pele. Embora a imensa maioria dos(as) pacientes conviva bem com suas cicatrizes, nenhum cirurgião poder oferecer garantias sobre a qualidade final das mesmas. Esta é uma variável biológica, pois cada organismo cicatriza à sua maneira, portanto este é um risco que você precisa aceitar, antes de ter sua face operada.

Depressão – ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em paciente com antecedentes semelhantes. A cirurgia de rejuvenescimento é uma cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer certa apreensão e alguns questionamentos para muitos(as) pacientes. Estas sensações são gradativamente substituídas pela integração de uma nova imagem, uma face que você nunca teve antes, mas que preserva os traços básicos de sua pessoa e de sua personalidade. Após sua recuperação você terá um aspecto mais jovial, porém natural, como se não tivesse sido operada. Sempre que necessário, procure seu médico, ele terá prazer em lhe oferecer o apoio que você precisa.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Não toque nas áreas operadas.
- Dieta – prefira alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos três primeiros dias.
- Evite falar excessivamente nos três primeiros dias.
- Repouso – não faça repouso excessivo, movimente-se dentro de casa. Ao dormir não use travesseiro.
- Compressas geladas – até o 3º dia use chá de camomila gelado, por 30 minutos, a cada 2 horas, enquanto estiver acordado(a).
- Use a faixa enquanto lhe for confortável. Não deverá ficar apertada, nem fazer pressão no pescoço.
- Lavagem do cabelo – somente após o 2º dia, com muito cuidado, usando água morna e *Soapex Cremosa*. Secador, somente o manual e com moderação e ar morno.

- Meia Elástica (compressão suave) – deverá ser usada por 30 dias (só tirar para o banho); previne a trombose.
- Óculos, TV e Leitura – se você tiver condições de usufruí-los, estão liberados desde o 2º dia (sem forçar).
- Retirada dos pontos – inicia-se no 4º dia após a cirurgia.
- Trabalho – iniciar somente após 15 dias de pós-operatório.
- Caminhadas esportivas – somente após 20 dias (evite sol e use óculos escuros);
- Sol direto na face – só após 4 meses, se tiver sido realizada dermoabrasão associada à cirurgia. Ou, então, após 2 meses se esta não foi associada. Use sempre protetor solar (FPS 30), além de chapéu e óculos. Não há contraindicação à exposição trivial ao sol como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 5º dia da cirurgia.
- Maquiagem leve ou corretiva – somente após o 7º dia.
- *Shampoo e Rinse* – somente após o 7º dia (antes use *Soapex*).
- Dirigir – somente após 10 a 15 dias.
- Lentes de contato – somente após 15 a 30 dias.
- Natação – somente após 60 dias, porém com óculos do tipo usado em *Jet-ski*, para evitar compressão na área operada.
- Tintura de cabelo e Secador de Salão – somente após 30 dias.
- Hidratantes e Cremes de Limpeza – usar somente os prescritos por seu médico.
- Drenagem Linfática e Ultrassom – se necessários, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico.
- **Atenção:** caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

Tenha sempre em mente que o bom resultado final da sua cirurgia também depende de você.

SOBRE A ALTA CIRÚGICA

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com sessão fotográfica para controle de qualidade dos resultados. Provavelmente, já receberá alta da cirurgia, e será orientado(a) sobre a segunda e terceira etapas opcionais (enxerto estrutural de células adiposas e *peeling* químico, se for inverno). Outros tratamentos, tais como toxina botulínica e/ou injeções de preenchimento, poderão, também, ser recomendados por seu médico.

Em alguns casos poderá haver a indicação de uma complementação da cirurgia realizada, conhecida como “*retoque*” ou “*refinamento*” do resultado final, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior.

Estes são procedimentos muito menores em relação à cirurgia já realizada. Converse com seu médico sobre qual a época mais conveniente para a sua realização.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia e anestesia, a cirurgia de *Rejuvenescimento Facial* ainda apresenta os seguintes riscos: pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo(a) paciente), lacrimejamento, exposição do branco do olho (*lagofalmo/ectrópio*), persistência de bolsas gordurosas, raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos, alteração na lubrificação do olho, alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta [em homens] ou alargamento da testa), perda de área de pele (necrose), com conseqüente cicatriz ou mancha local, alteração na mobilidade da testa, edema (inchaço) persistente, assimetria ou abaixamento de supercílio, perda temporária do movimento de alguma região da face, lesão na glândula parótida, manchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão, quelóides. O seu médico está à sua disposição para explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes ocorram.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar

para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO :

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **REJUVENESCIMENTO FACIAL**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião, quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data:,,

(assinatura da paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (*festoom malar*)

1. Eu RG nº, CPF nº....., profissão: residente na Rua na cidade de, Estado:, CEP, declaro que por minha livre e espontânea vontade irei me submeter à cirurgia de retoque de *Festoon Malar* com o(a) Dr.(a), e sua equipe.
2. Declaro estar ciente que, em se tratando de Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior, não poderei exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.
3. Estou ciente também que ele(a) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área, já anteriormente operada, pode vir a apresentar.
4. Entendo também que uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade, razão também deste procedimento ao qual vou me submeter e para o qual estou dando meu consentimento.
5. A minha escolha deste(a) profissional baseou-se na confiança que nele(a) deposito e no conceito profissional que goza junto aos seus pares. Por tal razão entendo que dará o melhor de si sem, contudo, se vincular a um resultado preestabelecido ou predeterminado.
6. Por estar conscientizada de que a Medicina não é uma ciência exata, e que cada organismo reage de maneira individualizada e personalíssima, firmo a presente declaração, confirmando que fui devidamente informada sobre as possíveis limitações que o meu caso possa vir a oferecer.

DE POSSE DESTAS INFORMAÇÕES, DECLARO QUE:

1. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que o *Festoon Malar* se forma em decorrência de vários fatores, tais como: flacidez da pele, flacidez do músculo orbicular, edema peri-orbitário (inchaço ao redor do olho), e acúmulo de tecido celular subcutâneo em pálpebras inferiores. Em razão desta multiplicidade de fatores, não há um consenso sobre qual é a técnica cirúrgica mais indicada para corrigir o *Festoon Malar*, ficando isto a encargo do(a) cirurgião(ã), que saberá escolher e usar a técnica que melhor se adequará ao meu caso.
2. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológista e toda sua equipe a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.
3. Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora, quanto à permanência dos resultados atingidos.

4. Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.
5. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a cirurgia proposta, por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.
6. Estou ciente que o *Festoon Malar* pode apresentar piora no verão, em presença de altas temperaturas, bem como ocorrer piora do mesmo na dependência de determinados hábitos diários, específicos de cada paciente. Também sei que poderá, no pós-operatório, haver limitação das minhas atividades cotidianas por curto período ou por tempo indeterminado.
7. Eu declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual autorizo o(a) profissional acima designado(a) a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s), entendendo claramente que não me podem ser dadas garantias de resultado.

Observações: -----

Local _____ Data: ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente _____

Testemunhas:

1. _____ RG ou CPF: _____

2. _____ RG ou CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



OTOPLASTIA

(cirurgia plástica da orelha – orelha de abano)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

Objetivo da cirurgia: modificar a posição da orelha com o intuito de diminuir o aspecto da denominada “orelha de abano”, contribuindo assim para o bem-estar psicossocial do indivíduo e, principalmente, das crianças em idade escolar, devido aos comentários e/ou zombaria dos colegas. Todavia, nada impede que tal correção se faça em outras fases da vida.

Limitações no resultado da cirurgia: importante frisar que não existe uma orelha igual a outra. Mas, nem sempre estas diferenças naturais são percebidas pelo paciente antes da cirurgia. O que muda com a cirurgia é que a orelha terá um aspecto mais normal, sendo posicionada mais próxima da cabeça e com seu relevo mais pronunciado. Entretanto, as demais características já existentes, como assimetrias e contornos, serão mantidas. O tamanho da orelha não será diminuído, a não ser em situações especialíssimas e, portanto, raras.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Tipo de anestesia: em crianças, anestesia geral. Em adultos, pode ser local com sedação assistida, ou outra, a critério dos médicos (cirurgião e anesthesiologista).
2. Tempo de duração da cirurgia: quando bilateral, em média 60 minutos. Sendo unilateral, 30 minutos.
3. Período de internação: com anestesia geral, 24 horas. Com local, 3 a 6 horas.
4. Cicatrizes: a cicatriz desse tipo de cirurgia fica quase imperceptível, em razão de localizar-se atrás da orelha, próxima ao cabelo. No início podem ficar mais espessas e avermelhadas, melhorando normalmente com o passar do tempo. Sendo uma região de pele muito fina, a tendência da cicatriz é ficar quase inaparente.
5. Dor no pós-operatório: geralmente, a dor é bastante suportável; se houver, será reduzida com o uso de analgésicos.
6. Náuseas: podem ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
7. Curativos: a proteção da cicatriz é feita com pequenos curativos e a orelha é protegida, nos primeiros dias, com uma *touca elástica* (principalmente em crianças), o que previne traumatismos locais. Não deverá retirar a touca por, pelo menos, dois dias. Depois de retirada, deverá continuar usando-a em casa, ou quando for dormir, até completar 45 dias de operado(a). Se necessário, a orelha pode ser envolvida com uma fina película gessada, que será mantida pelo período de 2 semanas.
8. Retirada dos pontos: os pontos são retirados por volta do 7º ao 8º dia de pós-operatório, devendo ser agendados o dia e hora para tanto.
9. Resultado definitivo: é variável, de pessoa para pessoa, no entanto, após 12 semanas já será possível fazer uma avaliação; todavia a alta completa se dará após seis meses, quando o(a) paciente será submetido(a) a exame e novo estudo fotográfico para controle de qualidade dos resultados. Em casos raros poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e ou da cicatriz (caso tenha tendência para formar quelóides).
10. Lembrar sempre que um lado do corpo nunca é igual ao outro, assim, uma pequena assimetria é possível de ser observada, mesmo após a cirurgia, o que também ocorre com as pessoas que têm orelhas normais, já que não existe simetria absoluta na natureza.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Comunicar, até a véspera da cirurgia, se você apresentar alguma ocorrência, tal como gripe, febre, infecção ou algo semelhante.
- Obedecer ao horário estabelecido para a internação. Vir acompanhado(a).
- Em caso de anestesia local, permite-se uma refeição leve até 2 horas antes da cirurgia. Tratando-se de anestesia geral ou sedação, manter jejum por um período de 6 horas antes da cirurgia.
- Lavar os cabelos na véspera da intervenção. Caso tenha cabelos compridos e decida cortá-los, deixe isso para um período posterior à cirurgia, pois eles ajudarão a disfarçar a área operada.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 20 dias.
- Dieta livre.
- Comparecer ao consultório para controle pós-operatório, nos dias e horários indicados.
- Atividades escolares ou profissionais, recomeçar em torno de 3 a 7 dias após a cirurgia.
- Caminhadas esportivas – após 10 dias (evitar sol).
- Outros esportes – após 20 dias (exceto os esportes que coloquem a orelha em risco, como *jiu-jitsu* ou judô, os quais só serão liberados com 3 meses de pós-operatório).
- Sol intenso direto na face – após 20 dias, usando protetor solar.
- Uso de óculos – quando apoiado à orelha, somente 1 mês após.
- Lavagem do cabelo – com cuidado poderá ser liberada no 3º dia, após a retirada da touca, tendo o cuidado de não dobrar a orelha para frente. Ao limpar e/ou enxugar a pele atrás da orelha, usar apenas cotonetes.
- Obedecer à prescrição médica.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

- Lembrar que um bom resultado final depende também de você.

RISCOS

A Otoplastia, além dos riscos gerais de toda cirurgia, bem como da anestesia, pode apresentar os seguintes riscos: assimetria de formas ou de posição entre uma orelha e a outra, alteração na sensibilidade local, cicatrizes aparentes e/ou do tipo queiloideana, dor persistente, infecção nas cartilagens.

Qualquer sensação estranha ou alteração no local da cirurgia deve ser, de imediato, comunicada ao seu(sua) cirurgião(ã).

Lembrete: Toda cirurgia com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de um refinamento ou retoque. Converse com seu cirurgião sobre isto.

CONSENTIMENTO:

Eu,....., (ou meu representante legal), de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento livre e esclarecido para que o Dr., reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Otoplastia*.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura do(a) paciente ou representante legal)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (Cirurgia plástica do queixo)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A Mentoplastia destina-se a diminuir ou aumentar o queixo (mento). Este tem seu posicionamento ideal na face, obedecendo a certos limites, o que confere harmonia ao rosto. Contudo, não é incomum que o queixo apresente uma posição mais avançada ou mais retraída, comprometendo, assim, a beleza e a harmonia do rosto.

A Mentoplastia mais comum é aquela que visa corrigir o retro-posicionamento (queixo retraído), e isso é feito por meio da inclusão de uma peça de silicone ou utilizando osso do(a) próprio(a) paciente. Não é possível prever com exatidão o aspecto final, pois serão as condições locais da retração que vão delimitar o tamanho do aumento a ser feito.

Quanto à diminuição do queixo, esta será realizada retirando-se parte do osso, o que também encontra limitações naturais acerca do quanto poderá ser diminuído. De igual maneira, o resultado não poderá ser previsto com exatidão. A finalidade principal da *Mentoplastia* é melhorar o equilíbrio da fisionomia do(a) paciente, mantendo, porém, suas características individuais.

Obs.: A mentoplastia não tem o poder e nem a função de modificar a oclusão dentária (mordida), bem como não substitui a realização de cirurgia ortognática na mandíbula e/ou maxilar, caso estes procedimentos já tenham sido indicados ao paciente por seu profissional de confiança.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: tratando-se apenas de correção do *mento* (queixo), a anestesia será local (com ou sem sedação, dependendo do caso), todavia, se o ato cirúrgico estiver associado a outras intervenções, poderá ser utilizada a anestesia geral.
2. Tempo de duração da cirurgia: em média 1 hora, podendo ser maior.
3. Período de internação: 1 a 2 horas, podendo variar para mais, de acordo com a reação de cada paciente.
4. Retirada dos pontos: geralmente não há pontos externos para serem retirados.
5. Cicatrizes: quando o aumento ou a diminuição do queixo são feitos por dentro da boca, as cicatrizes ficarão ocultas entre o lábio e a gengiva. Quando o aumento é realizado através da pele, sob o queixo, será feita uma pequena incisão na parte inferior do queixo. Esta cicatriz, nos primeiros meses de pós, se mostrará mais dura, um pouco elevada e avermelhada. Posteriormente, dependendo do tipo e pele do(a) paciente, e na maioria dos casos, ficará bem pouco aparente. Quando é feita apenas a *enxertia de gordura*, não existirá cicatriz, todavia, este é um caso restrito.
6. Dor no pós-operatório: geralmente não há dor; se houver é mínima. Em havendo, debela-se com uso de analgésicos comuns. O mais frequente é que o(a) paciente sinta uma sensação de volume local, causada pelo edema (inchaço) natural no pós do procedimento cirúrgico.
7. Curativos: é utilizado um curativo local cuja finalidade é a de ajudar a manter a prótese imobilizada, além de servir de proteção a eventuais traumatismos que possam ocorrer nos primeiros dias. Não molhar o curativo
8. Repouso: dependendo do tipo de atividade, apenas um dia de repouso será suficiente. Casos especiais poderão demandar cuidados por mais dias. Falar com seu médico sobre isto. Todavia não é necessário repouso absoluto.
9. Dieta: ingerir apenas alimentos moles (pastosos) nos primeiros 4 dias.
10. Perda da prótese: a prótese usada na mentoplastia de aumento pode vir a ser eliminada, o que é raro, e quando isto ocorre é devido a problemas surgidos no pós-operatório, tais como *infecção*,

traumatismo sobre a área operada, hemorragia etc. Nesses casos, retira-se a peça mediante uma simples cirurgia sob anestesia local. Posteriormente, poderá ser reintroduzida uma nova prótese.

11. O ato de conversar: evite falar desnecessariamente nos primeiros 4 dias de pós-operatório.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Informar, até a véspera da cirurgia, casos de virose, febre, infecção na garganta e, principalmente, algum dente da arcada inferior que esteja infeccionado ou inflamado (neste caso há que tratá-lo antes de se submeter à *Mentoplastia*).
- Internar-se no hospital/clínica determinado(a) no dia e hora indicados na guia de internação.
- Em caso de anestesia local, permite-se uma refeição leve até 2 horas antes da cirurgia. Em se tratando de anestesia geral, manter-se em jejum de 12 horas.
- Comparecer à internação acompanhado(a).

B. RISCOS

- Além dos riscos inerentes a toda e qualquer cirurgia, ainda a *Mentoplastia* pode apresentar os seguintes riscos: aumento ou diminuição insatisfatórios ao(à) paciente, devido às limitações determinadas pelo próprio local da cirurgia. (Conforme já comentado acima nas “INFORMAÇÕES GENÉRICAS”).
- No aumento de queixo pode haver deslocamento ou exposição da prótese, sendo esta retirada em caráter provisório (ou definitivo em situações raras). Infecção local. Endurecimento dos tecidos no local da cirurgia, por contratatura capsular (na prótese). Deslocamento da prótese, requerendo reposicionamento da mesma. Acúmulo de sangue ou secreções no local da cirurgia, levando a *hematoma*, *seroma* ou *abscesso*. Cicatrizes aparentes.
- Muito raramente pode ocorrer: erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local.
- Na diminuição do queixo pode ocorrer flacidez ou pequeno excesso de pele na região do pescoço.
- Alterações na sensibilidade local podem ocorrer tanto no aumento, quanto na diminuição do queixo.

C. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Evitar sol, friagem e traumatismo no local da cirurgia nos 20 primeiros dias de pós-operatório.
- Escovar os dentes com muito cuidado, usando apenas escova macia e pequena (infantil).
- Não se preocupar com o edema (inchaço) do queixo, que é natural e pode persistir por dias ou semanas, mas, geralmente, já se mostra pouco evidente após 20 dias.
- Alimentar-se com alimento pastoso nos primeiros 4 dias e evitar, posteriormente, alimentos sólidos que exijam mastigação intensa. Aguardar a liberação de seu médico para tanto.
- Retornar ao consultório nos dias e horários preestabelecidos.
- O bom resultado final também depende de você, então não deve ficar puxando os lábios para tentar visualizar os pontos.
- Permanecer em seu domicílio nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar.
- Voltar ao trabalho após o 5º dia de pós-operatório.
- Caminhadas esportivas só após 20 dias de pós.
- Esporte que necessite colocar a face e o pescoço em movimento ou que coloque esta região em risco, só após 30 dias.
- Sol direto e intenso liberado após 45 dias, mas com uso de protetor solar e desde que não apresente manchas rochas.
- Para mulheres: maquiagem possível após 5 dias.
- Para homens: barbear-se com cuidado na área operada após 5 dias.
- Alta completa: após seis meses, quando será feita nova sessão de fotos para avaliação da qualidade dos resultados.
- Caso necessite se submeter a uma cirurgia de retoque ou refinamento do procedimento feito, lhe será indicada qual a data mais conveniente e apropriada para isto.

- O médico não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

Lembrete: Toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar um retoque ou refinamento para atingir um melhor resultado. Fale sobre isto com seu médico e se informe, desde já, qual a melhor data para este procedimento.

CONSENTIMENTO:

Eu,, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o conteúdo nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento livre e esclarecido para que o Dr., reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Mentoplastia*.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura do(da paciente))

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA PLÁSTICA DE AUMENTO DE GLÚTEOS COM (PRÓTESES) - IMPLANTES

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO deste tipo de cirurgia é o de aumentar o volume na região glútea. Assim, a cirurgia de aumento dos glúteos lhe proporcionará nádegas maiores, mas não vai lhe beneficiar com a elevação das nádegas quando estas já estiverem caídas pela flacidez da pele e pelos músculos locais.

A ESCOLHA DO TAMANHO desejado não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia: o seu médico experimentará moldes durante a cirurgia, sendo um correspondendo ao tamanho idealizado, outro em um número acima dele e outro abaixo dele. A escolha final será baseada nas condições de acomodação e elasticidade de sua pele e dos músculos.

ASSIMETRIAS. Outro aspecto importante são as assimetrias. Todo corpo tem diferenças entre um lado e outro, sendo que muitas pessoas nunca notaram estas pequenas diferenças, até terem feito uma cirurgia no local. Esta diferença, se preexistente, permanecerá após a cirurgia, podendo ser mais notada pelo(a) paciente após o aumento proporcionado pelas próteses.

CICATRIZES existirão, e serão colocadas no sulco interglúteo, conforme será demonstrado previamente para seu conhecimento e aprovação. Haverá ainda pequenas cicatrizes referentes aos drenos. As cicatrizes são definitivas e seu aspecto final dependerá das características próprias da sua pele nestas regiões. Mas, de qualquer maneira, estas cicatrizes ficarão aparentes e perceptíveis. Além disso, no início serão mais evidentes, normalmente melhorando com o decorrer do tempo. Em alguns casos poderá ocorrer a formação de quelóides, cicatrizes alargadas ou cicatrizes hipertróficas. Esse é um risco existente em qualquer procedimento cirúrgico.

ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE e contratura capsular: Alteração de sensibilidade da pele local poderá ocorrer, podendo ser transitório ou definitivo. As próteses de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidas por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo à presença da prótese (IMPLANTES): em raros casos, esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer as nádegas e até modificar o seu formato, ocasionando um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Este evento recebe o nome de "*contratura capsular*", podendo ser necessário realizar nova cirurgia, ou troca de prótese (IMPLANTES) e, em alguns casos, até a retirada da prótese (IMPLANTES), provocando flacidez local.

Na eventualidade de um traumatismo violento sobre as próteses, é importante que seu médico seja avisado e possa avaliar o aspecto das mesmas para verificar sua integridade. As próteses (IMPLANTES) atuais contêm gel de alta coesividade e resistência que, mesmo em casos de ruptura, apresentam menor difusão nos tecidos.

TROCA DE PRÓTESE: alguns médicos recomendam trocar as próteses (IMPLANTES) a cada 10 anos. Não há consenso ainda sobre esta necessidade, até o momento. Uma sugestão cautelosa é fazer um exame anual com seu médico.

DURAÇÃO DO RESULTADO: o novo formato das nádegas não será para sempre, ou seja, estará sujeito às mudanças que a idade provoca nos músculos e na pele. Ao longo dos anos poderão estar indicadas novas cirurgias, com ou sem troca das próteses (IMPLANTES), na tentativa de oferecer um resultado próximo ao obtido anteriormente. Estes riscos e outros que serão mencionados devem ser perfeitamente

entendidos e aceitos antes da cirurgia. Além disso, outros riscos poderão ser futuramente evidenciados pela dinâmica continuidade da pesquisa médica.

RISCOS

Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia e anestesia, as cirurgias de aumento glúteo com prótese (IMPLANTES) apresentam os seguintes riscos:

- Dor local moderada ou severa, precoce ou tardia e até mesmo crônica, com extensão para a área das pernas;
- Aumento e/ou forma insatisfatórias (muito grande ou muito pequena);
- Prótese (IMPLANTES) visíveis ou palpáveis;
- Perda de um ou mais pontos (deiscência) pelo esforço e tensão local e/ou infecção;
- Endurecimento e/ou deformação e/ou dor (por contratura capsular) de uma ou ambas as nádegas em qualquer época recente, tardia ou muito tardia, após a colocação das próteses (IMPLANTES);
- Infecção e exposição da prótese (IMPLANTES) para fora da pele e perda da prótese (extrusão da prótese);
- Movimentação da(s) próteses (IMPLANTES) provocando forma insatisfatória da(s) nádega(s);
- Ruptura da prótese, durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;
- Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma nádega e outra) seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente;
- Alterações na sensibilidade local, seja transitória ou definitiva, acúmulo de sangue ou líquido (hematoma e seroma) no local da prótese, requerendo drenagens no local ou reoperação precoce ou tardia;
- Manchas na pele local ou à distância (*rush* cutâneo);
- Eventual prejuízo e limitações para algumas práticas esportivas e absoluta impossibilidade para injeções intramusculares nas nádegas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, *lúpus*) não foi comprovado até o presente. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso estas situações infrequentes venham a ocorrer. Riscos adicionais poderão vir a ser evidenciados, futuramente, pela pesquisa médica.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de AUMENTO DE GLÚTEOS COM PRÓTESE (IMPLANTES), bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas, pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



AUMENTO DA PANTURRILHA COM PRÓTESE (IMPLANTES)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

OBJETIVO: a cirurgia de aumento da panturrilha lhe proporcionará panturrilhas mais grossas, mas somente na sua porção interna. A escolha do tamanho desejado não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia: o seu médico experimentará moldes de tamanhos de próteses durante o ato cirúrgico, mas a escolha final será baseada nas suas medidas e, principalmente, nas condições de acomodação e elasticidade de sua pele local.

ASSIMETRIAS: Todo corpo tem diferenças entre um lado e outro, sendo que muitas pessoas nunca notaram estas pequenas diferenças até terem feito uma cirurgia. Esta diferença, se existente, permanecerá após a cirurgia, podendo após o aumento das panturrilhas ser mais notado pelo(a) paciente.

CICATRIZES existirão e se situarão nas pregas POSTERIORES do joelho, conforme será demonstrado previamente pelo seu médico, para seu conhecimento e aprovação. As cicatrizes são definitivas e seu aspecto final dependerá das características próprias da sua pele nestas regiões. Mas elas ficarão aparentes e perceptíveis. Além disso, no início serão mais evidentes, normalmente melhorando com o decorrer do tempo. Em alguns casos poderá ocorrer a formação de quelóide, cicatrizes alargadas e/ou cicatriz hipertrófica, comprometendo definitivamente seu aspecto. Este é um risco que ocorre em qualquer cirurgia, plástica ou não e, se você não pode aceitá-lo não deve se submeter a esta cirurgia.

SENSIBILIDADE e Contratura capsular: poderá haver alteração na sensibilidade da pele local. Isto porque as próteses de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidas por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo à presença da prótese.

Em raros casos, esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer as panturrilhas e até modificar o seu formato, ocasionando um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Este evento leva o nome de “*contratura capsular*”, podendo ser necessário realizar-se nova cirurgia, ou a troca de prótese e, em alguns casos, até a retirada da prótese, provocando flacidez local.

TRAUMATISMO: na eventualidade de ocorrer um traumatismo violento sobre as próteses, é importante que seu médico avalie o aspecto das mesmas para verificar sua integridade. As próteses atuais contêm gel de alta coesividade e resistência, em razão do que, mesmo em casos de ruptura, apresentam menor difusão de silicone nos tecidos.

TROCA DE PRÓTESE (IMPLANTES): Alguns médicos recomendam trocar as próteses (IMPLANTES) a cada 10 anos. Não há consenso ainda sobre esta necessidade, até o presente momento, mas, por precaução e cautela, o ideal é manter um exame anual, só trocando as próteses quando forem encontrados sinais de ruptura.

DURAÇÃO DO RESULTADO: o novo formato das pernas não será para sempre, pois estará sujeito às mudanças que a idade provoca nos músculos e na pele. Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias, com ou sem troca das próteses, na tentativa de oferecer um resultado próximo ao obtido anteriormente.

Estes riscos, e outros, mencionados adiante, devem ser perfeitamente entendidos e aceitos por você, antes de fazer sua cirurgia.

ALTA COMPLETA: após 6 meses, será submetido(a) a nova consulta com tomada de fotos pós-operatórias e controle de qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos refinamentos que possam colaborar com a melhora do resultado. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos.

RISCOS

Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia, as cirurgias de aumento das panturrilhas com próteses apresentam os seguintes riscos:

- Dor local moderada ou severa, precoce ou tardia e até mesmo crônica;
- Aumento e/ou forma insatisfatória (muito grande ou muito pequena);
- Próteses visíveis ou palpáveis;
- Perda de um ou mais pontos (deiscência) pelo esforço e tensão local e/ou infecção;
- Endurecimento e/ou deformação e/ou dor (contratura capsular) de uma ou ambas as pernas em qualquer época recente, tardia ou muito tardia, após a colocação das próteses;
- Infecção, exposição para fora da pele e perda da prótese (extrusão da prótese);
- Movimentação da(s) prótese(s) provocando forma insatisfatória da(s) panturrilha(s);
- Ruptura da prótese, durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;
- Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma perna e outra) seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria já preexistente;
- Alterações na sensibilidade local, seja transitória ou definitiva, acúmulo de sangue ou líquido (hematoma e seroma) no local da prótese, requerendo drenagens no local ou reoperação precoce ou tardia;
- Manchas na pele local ou à distância (*rash* cutâneo);
- Eventual prejuízo e limitações para algumas práticas esportivas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, *lúpus*) não foi comprovado até o presente. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um destes riscos, e o que poderá ser feito caso estas situações infrequentes ocorram.

Riscos adicionais poderão vir a ser evidenciados pela pesquisa médica. Exame por ressonância magnética, 3 anos após a cirurgia e depois a cada 2 anos, é recomendável para detecção de rupturas e prevenção de suas consequências.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **AUMENTO DE PANTURILHAS COM PRÓTESES (IMPLANTES)**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas, pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo* que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data: de de 20.....

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



TRANSPLANTE CAPILAR ou RESTAURAÇÃO CAPILAR

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A principal indicação para o transplante capilar é a de transferir cabelo de uma região (*área doadora*) para outra região (*área receptora*), afetada pelo processo de calvície, também conhecido como *alopécia androgenética*. É importante lembrar que o processo de calvície é progressivo e não será afetado pela cirurgia de transplante capilar.

A técnica, denominada *Transplante de Unidades Foliculares*, requer a retirada de um segmento (ou faixa) de couro cabeludo da área doadora, cujas dimensões variam de acordo com a quantidade necessária para realizar uma boa densidade na área receptora. Como resultado, haverá uma cicatriz linear na área doadora, que permanecerá sempre camuflada no couro cabeludo, ficando PRATICAMENTE imperceptível após o processo natural de cicatrização.

Uma técnica alternativa é a retirada individual das unidades foliculares, conhecida pela sigla em inglês FUE (follicular unit extraction ou extração de unidades foliculares). Neste procedimento, o cirurgião remove cada unidade folicular, deixando centenas de micro-cicatrices em vez de uma única cicatriz linear.

Os enxertos de cabelo, preparados pela equipe de técnicos, sempre com o auxílio da microscopia, conterão de 1 a 4 folículos, portanto NÃO resultarão em qualquer aspecto artificial (como cabelo de boneca). Os enxertos serão introduzidos na área receptora, em orifícios mínimos, com cicatrizes PRATICAMENTE imperceptíveis.

O procedimento será realizado em Centro Cirúrgico, sob anestesia local, com uma sedação intravenosa, ministrada pela equipe de anestesia. O paciente não sentirá qualquer desconforto, e tampouco terá lembrança do ato cirúrgico. Sua duração variará entre 4 e 5 horas. Durante a cirurgia, o paciente estará sempre monitorado em relação aos sinais vitais (ie. pressão arterial, ritmo cardíaco, frequência respiratória), pela equipe de anestesia.

PLANO CIRÚRGICO DO PACIENTE: será transplantada uma quantidade de enxertos suficiente para dar um bom volume capilar, nas regiões XXX (área receptora), onde atualmente existe um processo de calvície, o que foi explicado – e aceito pelo paciente – durante a consulta médica.

O PÓS-OPERATÓRIO: O paciente fará sua recuperação no quarto de repouso, e, sempre que as condições clínicas forem adequadas, ele poderá ter alta no mesmo dia. Precisa estar sempre acompanhado. O paciente não poderá dirigir automóvel no dia da cirurgia.

Não costuma ocorrer dor importante no pós-operatório; o paciente tomará analgésico para qualquer desconforto, seguindo as demais orientações que lhe foram passadas por escrito. É possível que ocorra edema (inchaço) na região da testa, nos primeiros quatro dias; por isso, sugere-se que o paciente planeje um afastamento de suas atividades profissionais e sociais nesse período.

Cada enxerto de cabelo cria uma pequena crosta, a qual cai após um período de 1 a 2 semanas. Junto com esta crosta, o cabelo transplantado sofre um processo de queda, e entra em fase de repouso, começando a crescer num período de aproximadamente 3 meses. No entanto, é importante saber que este tempo é variável, de pessoa a pessoa, podendo ser um pouco maior.

Para que o paciente aprecie o resultado final, é necessário aguardar um período não inferior a doze meses, tempo suficiente para que o fio de cabelo transplantado tenha uma dimensão de aproximadamente 5 a 7 cm de comprimento.

Lembrete: É importante enfatizar que a densidade de cabelo transplantado depende das condições do próprio paciente (tais como a quantidade de enxertos que será possível produzir com o segmento retirado e a qualidade do cabelo da área doadora) e que para atingir uma alta densidade final serão necessárias mais etapas (sessões), em tempo não inferior a um ano.

Necessário, também, ter em mente que a cirurgia plástica é uma especialidade médica, e como tal objetiva trazer um resultado satisfatório ao paciente; entretanto, não há como garantir um determinado resultado final, uma vez que existem variáveis que fogem ao controle do cirurgião.

CONSENTIMENTO:

Eu,....., de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento livre e esclarecido para que o(a) Dr.(a), reconhecendo-o(a) como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Transplante Capilar*.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____, _____, _____

(assinatura do(a) paciente)

TESTEMUNHAS:

1..... RG ou CPF:
(nome)

2..... RG ou CPF:
(nome)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



TRANSPLANTE CAPILAR

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE:

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES : () _____ - _____

CPF: _____ RG: _____

DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI ACERCA DO PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE CAPILAR AO QUAL IREI ME SUBMETER.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Ao marcar a cirurgia, não tomar nenhum medicamento sem antes consultar seu médico assistente, especialmente aqueles que contenham *Ácido Acetil Salicílico (AAS)*; *Varfarina Sódica*; *Ginko-biloba* ou quaisquer outros medicamentos que interfiram na coagulação sanguínea; deverão ser suspensos com, pelo menos, uma semana de antecedência ao ato operatório e sempre com anuência e autorização dos médicos que os prescreveram. Medicamentos como *Finasterida*; *5-alfa-estradiol* e *Minoxidil* deverão ser suspensos, pelo menos, 72 horas antes da cirurgia.

Antes de ir para o Hospital ou Clínica, o paciente deverá tomar banho completo, lavando o couro cabeludo conforme orientação de seu médico assistente.

Procurar chegar ao Hospital ou Clínica, onde se realizará o procedimento, com, pelo menos, uma hora de antecedência do horário marcado para a cirurgia, atentando para o período de jejum solicitado pelo médico assistente.

Levar consigo todos os exames solicitados pelo médico assistente.

Evitar roupas que necessitem passar pela cabeça, como as camisetas.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Posição: ao chegar em casa, procure repousar em cama ou cadeira reclinável, mantendo a cabeceira elevada por pelo menos 30 graus em relação ao restante do corpo. Não há restrição no posicionamento para dormir.

Banho: se não houver nenhum tipo de curativo no pós-operatório imediato, o banho poderá ser liberado já no dia seguinte ao procedimento cirúrgico, devendo, porém, ser utilizado o sabão receitado para esta finalidade, deixando-o agir durante o banho, mas com o cuidado de não esfregar o couro cabeludo. Ao final, enxaguar bem, procurando não deixar resíduos de sabão.

Jamais utilizar duchas fortes. O chuveirinho que acompanha o chuveiro é o mais indicado nestes casos.

Secar o couro cabeludo sem esfregá-lo, utilizando uma toalha de rosto limpa e macia, separada só para esta finalidade. Secadores de cabelo poderão ser utilizados, mas somente em temperaturas mornas. Para pentear o cabelo deverá ser utilizado um pente fino.

Havendo curativos tipo touca ou turbante, seguir rigorosamente as orientações de seu médico assistente para retirada dos mesmos.

Esportes: evitar a prática de esportes com bola (futebol, vôlei, basquete, tênis, *squash* etc.) por, pelo menos, 30 dias.

Outros exercícios aeróbicos devem ser evitados na primeira semana após a cirurgia.

Banho de sol: evitar a exposição ao sol da área operada por um período de, pelo menos, 30 dias. Toucas de natação, banho de piscina e banho de mar também deverão ser evitados pelo mesmo período. Poderá utilizar chapéus ou bonés.

Recomendações: não há necessidade de repouso no leito, no dia seguinte à cirurgia.

A dieta é livre, porém com restrições a alimentos muito pesados e a fartas refeições. Dirigir veículos automotores somente após 48 horas da cirurgia.

Em tendo sido necessário pontos na área doadora, estes deverão ser retirados em torno do 10º dia após a cirurgia.

Atenção para o uso dos medicamentos tópicos e sistêmicos prescritos para o pós-operatório. Observar com atenção os horários dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os cabelos transplantados normalmente caem no transcorrer dos primeiros 30 a 45 dias de pós-operatório, voltando a nascer num período semelhante ao da queda. A partir do 4º mês já poderá se notar o crescimento definitivo da maioria dos fios transplantados. Não é raro alguns fios enxertados terem seu aparecimento e crescimento retardados.

Não é rara a queda de alguns fios de cabelo preexistentes. Este fenômeno se deve ao “insulto hormonal” desencadeado pelo trauma cirúrgico, e acontece numa proporção de 25% dos casos operados. Este fenômeno é conhecido como “Eflúvio Telógeno” e é completamente reversível.

Não são raras, também, a presença de pequenas crostas nas áreas transplantadas do couro cabeludo. Com a sucessão de banhos elas se tornam vulneráveis e caem naturalmente. As mais aderidas podem ser retiradas cuidadosamente pelo médico assistente e sua equipe.

A presença de foliculite (pequenas pústulas que se parecem com espinhas inflamadas), comuns até o 8º mês pós-cirúrgico, é normal e decorre do “cabelo encravado”, podendo ser facilmente drenados pelo próprio paciente após orientação do médico assistente. Embora raros, podem evoluir para uma maior reação inflamatória local, sendo necessária a pronta atuação do médico assistente para a drenagem dos mesmos. Em ambos os casos não há interferência no crescimento dos cabelos e no resultado final da cirurgia.

Um edema frontal (inchaço na testa), normalmente discreto ou moderado, aparece em 12% dos pacientes operados, podendo, em casos raros, evoluir para inchaço também nas pálpebras, durando, no máximo, 48 horas.

Normalmente, apenas 10% dos casos necessitam do uso de analgésicos no pós-operatório imediato.

As drenagens linfáticas do couro cabeludo, face e pescoço, embora não sejam obrigatórias, ajudam na redução do edema residual, e devem ser iniciadas no dia seguinte à cirurgia, repetindo-se por, no mínimo, cinco sessões.

Outras dúvidas, quando existentes, devem sempre ser tratadas com seu médico assistente ou sua equipe, para que não haja nenhum tipo de alteração na evolução do processo pós-operatório.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de *TRANSPLANTE CAPILAR*, e, em especial, antes de se internar para o procedimento em questão, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine qualquer dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o procedimento de *TRANSPLANTE CAPILAR*, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de um procedimento, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para o tratamento proposto, por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data:,,

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: ----- CPF -----

Testemunha 2: ----- CPF -----

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ REGISTRO HOSPITALAR: _____

CPF: _____ RG: _____

2) DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI QUE DEVO ME SUBMETER À:

2.a) NOME DO PROCEDIMENTO: BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA

2.b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:

- Limpeza da pele da mama com antisséptico;
- Anestesia local da pele sobre o nódulo com anestésico de acordo com a preferência do cirurgião;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção de todo o tecido tumoral;
- Colocação de material coletado em frasco com formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes com bisturi elétrico ou com pontos - fio cirúrgico;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão;

2.c) POSSIBILIDADE DE INSUCESSOS: Entendo que podem ocorrer complicações inerentes ao procedimento.

2.d) POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local de onde se retirou o nódulo, devendo, eventualmente, ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção local que, às vezes, pode requerer drenagem de coleção purulenta e uso de antibióticos;
- Deiscência da sutura (abertura de ponto), necessitando de nova rafia (restauração do ponto que abriu).

2.e) SOBRE A ANESTESIA: Anestesia será local.

2.f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo o material que me for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

3) DECLARO E CONFIRMO mais uma vez que entendi todas as explicações que me foram fornecidas, de forma clara e simples, inclusive, entendendo o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me restando dúvidas sobre o procedimento ao qual serei submetida. Foi-me explicado claramente que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica inicialmente programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

4) POR ESTE CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita com as informações, tendo sido esclarecidos todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e, por tais condições,

CONSINTO que se proceda em minha pessoa, a cirurgia para BIÓPSIA EXCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA OU EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMA DE MAMA.

5) DECLARO, também, que entendi e compreendo que, a qualquer momento, sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, poderei, antes do procedimento, revogar o presente consentimento.

Observações: -----

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico

Assinatura da paciente

Testemunha:

Testemunha:

CPF: _____._____._____-____

CPF: _____._____._____-____

TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Revogo o consentimento acima, prestado no dia _____ e afirmo que não desejo mais prosseguir no tratamento que me foi proposto, o qual dou como finalizado nesta data.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico

Assinatura da paciente

Testemunha

Testemunha

CPF: _____._____._____-____

CPF: _____._____._____-____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA

1) IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: () _____ - _____ REGISTRO HOSPITALAR: _____
CPF: _____ RG: _____

2) DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI QUE DEVO ME SUBMETER À:

2.a) NOME DO PROCEDIMENTO: BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA.

2.b) DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO:

- Limpeza da pele da mama com antisséptico;
- Anestesia local da pele sobre o nódulo de mama, utilizando-se *xylocaína*;
- Incisão da pele com bisturi;
- Ressecção, em cunha, do tecido tumoral;
- Colocação do material coletado em frasco de formol para estudo histológico;
- Hemostasia de vasos sangrantes, utilizando-se bisturi elétrico ou pontos de *catgut*;
- Fechamento da pele com pontos de fio cirúrgico;
- Curativo compressivo na área de incisão.

2.c) POSSIBILIDADES DE INSUCESSO: Entendo que podem ocorrer insucessos, isto é, o procedimento pode não apresentar resultado, em especial, por falta de material adequado para a biópsia, necessitando-se repetir a mesma.

2.d) POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO:

- Hematoma pós-procedimento, isto é, acúmulo de sangue no local onde houve a incisão do tumor, devendo, eventualmente, ser feita uma drenagem cirúrgica;
- Infecção local que, às vezes, pode requerer drenagem de coleção purulenta e uso de antibiótico;
- Deiscência de sutura (abertura de ponto), necessitando nova refia (restauração do ponto que abriu).

2.e) SOBRE A ANESTESIA: conversar com seu médico.

2.f) DESTINO DA PEÇA OPERATÓRIA: Entendi que todo o material que me for extirpado, e que constitui a peça operatória, deverá ser enviado para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica de minha patologia.

3) DECLARO E CONFIRMO, mais uma vez, que entendi todas as explicações que me foram fornecidas, de forma clara e simples, inclusive, entendendo o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me restando dúvidas sobre o procedimento ao qual serei submetida.

4) POR ESTE CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita com as informações, tendo sido esclarecidos todos os riscos e benefícios decorrentes deste procedimento e, por tais condições, CONSINTO que se realize em minha pessoa a cirurgia para BIÓPSIA INCISIONAL DE NÓDULO DE MAMA.

5) DECLARO, também, que entendi e compreendo que, a qualquer momento, sem necessidade de nenhuma explicação de minha parte, poderei, antes do procedimento, revogar o presente consentimento.

Observações: -----

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico

Assinatura da paciente

Testemunha:

Testemunha:

CPF: _____._____._____-____

CPF: _____._____._____-____

TERMO DE REVOGAÇÃO DE CONSENTIMENTO

REVOGO o consentimento acima, prestado no dia _____ e afirmo que não desejo mais prosseguir no tratamento que me foi proposto, o qual dou por finalizado nesta data.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura do médico

Assinatura da paciente

Testemunha

Testemunha

CPF: _____._____._____-____

CPF: _____._____._____-____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

CONCEITO: lipoaspiração é o nome dado a uma técnica cujo objetivo é a retirada parcial das gorduras localizadas, as quais modificam o contorno corporal. Por sua vez, a *Lipoenxertia* consiste em injetar a própria gordura retirada, com a finalidade de modelar partes do corpo ou preencher depressões.

Tanto a *lipoaspiração* quanto a *Lipoenxertia* não são tratamentos para a obesidade, bem como não substituem a necessidade de emagrecimento ou de praticar exercícios físicos.

Após a retirada parcial de gordura, a pele se acomodará, em graus variáveis, sobre a musculatura e sobre a gordura remanescente, melhorando o contorno corporal.

No entanto, não é possível prever o formato final a ser atingido por qualquer um destes procedimentos, pois a pele se retrairá, em diferentes intensidades, sobre a área tratada, e a maneira como isto se fará dependerá de vários fatores, tais como: aporte genético, idade, presença de estrias e número de gestações.

A quantidade de gordura que pode ser retirada, com segurança, varia de paciente a paciente, dependendo das condições locais da pele, do estado geral do(a) paciente e da perda sanguínea, ocorrida durante a execução do procedimento. Há, também, uma Resolução do Conselho Federal de Medicina que prevê o máximo de gordura a ser retirada por quilo de peso corporal do(a) paciente, e o médico, por uma obrigação ética, vai observar tal conduta.

Quanto à *Lipoenxertia*, esta se destinará a preencher depressões existentes no contorno corporal, como, por exemplo, na região glútea ou, ainda, em depressão decorrente de lipoaspiração, de infecção ou de traumatismo.

Importante lembrar que este tipo de preenchimento, embora seja gratificante, todavia, poderá ter uma duração temporária e transitória, isto porque o aumento ou a correção local, obtidos com a injeção de gordura, poderão ser parcial ou totalmente absorvidos, em tempo que varia de paciente a paciente.

Refinamentos são prováveis e esperados nesse tipo de procedimento, seja para corrigir pequenos excessos remanescentes de gordura, seja para restaurar alguma depressão localizada. Portanto, a necessidade deste tipo de procedimento não é consequência de um “erro do cirurgião”, mas, sim, da busca de um *refinamento* do resultado final, previsto e usado na área da cirurgia plástica do mundo todo.

Evite aumentar de peso, pois, caso isto ocorra, o resultado obtido pela *lipoaspiração* poderá ser prejudicado.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Anestesia: A cirurgia de lipoaspiração pode se dar sob várias técnicas anestésicas, dentre as quais: a sedação intravenosa, os bloqueios peridurais, as raquianestésias e as anestésias gerais. A técnica a ser ministrada, no seu caso, será esclarecida por seu cirurgião e/ou pelo anestesiológico.

Transfusão sanguínea: Em casos raros pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Em isso ocorrendo, o(a) paciente receberá os esclarecimentos necessários e dará sua autorização para esta eventual reposição.

Período de recuperação: é variável de pessoa para pessoa, mas, em média, no caso de uma lipo mais extensa, pode girar em torno de 10 dias.

Alimentação: a alimentação adequada é importantíssima para prover o restabelecimento do organismo, e, para que isso se dê da melhor maneira, seu corpo vai precisar de calorias, sais minerais e proteínas. Portanto, nessa fase, esqueça os regimes.

Edemas e equimoses: até o 20º dia de pós-operatório, o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) estarão presentes e farão parte do quadro normal de uma lipo. Este prazo, porém, pode ser maior ou até menor, variando de pessoa para pessoa. O edema estará mais acentuado pela manhã, e será ele que impedirá que você veja o resultado final dentro de um espaço de tempo, variável de 1 a 3 meses.

Cuidado especial: as regiões que receberam enxerto de gordura (Lipoenxertia) merecem um cuidado especial, não devendo haver pressão nesses locais para evitar a reabsorção exagerada da gordura enxertada. Quando esse tipo de enxerto se fizer na face lateral dos glúteos, o(a) paciente não deverá deitar-se de lado, evitando, assim, a compressão prejudicial nas regiões enxertadas.

Dor: moderada a mais acentuada, em especial na região mais baixa das costas (lombar). Todavia, a sensação dolorosa que existe quando o(a) paciente se movimenta, costuma não ocorrer quando está em repouso. Seu controle se faz, também, por meio do uso de analgésicos.

Náuseas: poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Sangramento nas cicatrizes: é normal que ocorra, principalmente no primeiro dia.

Nódulos: poderão ser sentidos à palpação, todavia desaparecem no decorrer do pós-operatório. Estes nódulos podem conter coágulos ou gordura residual. Quando persistem após 6 meses de pós-operatório, e se ainda forem visíveis, poderão requerer pequenos retoques.

Equimoses: (manchas roxas). Estas serão bastante frequentes em um procedimento de lipoaspiração, podendo ser encontradas nas áreas lipoaspiradas ou muito abaixo delas, como, por exemplo: na vulva, no pênis, nas pernas e nos pés. Desaparecerão, progressivamente, em média, ao longo de até 1 mês e meio.

Amortecimento: poderá estar presente em algumas regiões, mas é transitório.

Repouso: ficar na cama somente para o período normal de sono. Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço), bem como os riscos do tromboembolismo.

Caminhar: de maneira normal, sem arrastar os pés, usando meia elástica (suave compressão) por 30 dias. O uso da meia é para prevenir a trombose venosa profunda (TVP).

Banho: liberado a partir do 2º dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5º dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira.

Modelador: uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-lo quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço). O modelador não deve marcar a pele: é aconselhável usar espuma bem fina (tipo esponja de banho), sob o mesmo.

Fitas de Micropore: não retirá-las para troca. Caso haja um sangramento maior, poderá ser feita a limpeza local, usando água oxigenada e, após, colocando fita limpa por cima da já ali existente.

Ficar no domicílio nas primeiras 24 horas, sem sair. Mas começar a andar após 4 a 5 horas depois da cirurgia.

Trabalho: reiniciar após 4 dias.

Caminhadas esportivas: após 10 dias.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele, geralmente, após 2 meses. Usar protetor solar.

Dirigir automóvel: após 5 dias, caso se sinta apto(a) para isso.

Natação e ginástica: após 45 dias de pós-operatório.

Drenagem linfática e ultrassom: seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1ª semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

Alta completa: após 6 meses, quando será submetido(a) a nova consulta e fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização. Quando isso ocorrer, você voltará a usar modelador por mais por mais 30 dias.

Resultado final: o resultado final de uma lipo costuma ser melhor avaliado, e visível, após o 90º dia, podendo este espaço temporal variar de paciente para paciente.

RISCOS

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico, a *Lipoaspiração* e a *Lipoenxertia* apresentam, ainda, os seguintes riscos: manchas avermelhadas e arroxeadas (equimoses), contorno insatisfatório, ou seja, diferente do idealizado pelo(a) paciente, áreas residuais de gordura, áreas de depressão, marcas na pele, flacidez local pela não acomodação ideal da pele e, por fim, tromboembolias.

Lembretes importantes

- Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
- Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).
- Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de *Lipoaspiração* e *Lipoenxertia* e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

Assim, de posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o(a) Dr.(a), reconhecendo-o(a) como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), e toda sua equipe, realizem em mim o procedimento acima mencionado, de *LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA*, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações:

.....

Local: Data:,,

.....

(assinatura do(a) paciente)

.....

CPF

Testemunha:CPF.....

Testemunha:CPF:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



ENXERTO DE GORDURA (Transplante de adipócitos - células de gordura)

Por determinação explícita de minha vontade eu, _____, _____, por meio deste Termo de Consentimento, solicito e autorizo o Dr. _____ a proceder em mim a colocação de gordura na(s) seguinte(s) região(ões): _____ gordura esta, a ser retirada de meu abdome, glúteos ou qualquer outro local adicional, se necessário for. Recebi do meu médico as seguintes

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ESTE PROCEDIMENTO:

1. **USO:** O ENXERTO DE GORDURA (transplante de adipócitos - células de gordura) tem por objetivo atenuar sulcos, rugas e/ou depressões ou ainda modificar o contorno labial, facial ou corporal. Este procedimento é paliativo, ou seja, não eliminará completamente os aspectos indesejáveis que desejo modificar. Considerando a natureza deste procedimento e, ainda, as diferentes respostas que podem os(as) pacientes apresentarem a estas injeções, estou consciente de que não é possível determinar, com precisão, qual será a minha aparência após o tratamento.
2. **REAÇÃO:** Após o ENXERTO DE GORDURA haverá edema (inchaço), endurecimento, mudança de coloração, amortecimento e sensibilidade à palpação nas áreas tratadas. Estes sintomas tendem a regredir, dependendo da minha resposta pessoal ao procedimento, o que pode ocorrer em prazo variável de tempo, sendo, usualmente, de uma até cinco semanas e, excepcionalmente nos grandes enxertos, por mais de quinze semanas. Estes e outros aspectos poderão interferir, em grau variável, em minhas atividades, incluindo estudo, trabalho e vida social. Irregularidades e nódulos locais palpáveis ou visíveis podem ocorrer, como consequência deste tratamento, ficando na dependência da minha resposta orgânica, que entendo e aceito, ser diversa para cada pessoa.
3. **OUTROS TIPOS DE REAÇÃO (raras):** Infecção, alteração e assimetrias nos movimentos da face, perda de vitalidade da pele, lesão de glândulas salivares, hematomas e modificação da expressão podem ocorrer. Tromboembolismo é muito raro neste procedimento, mas, como em qualquer cirurgia, é um risco descrito e previsto na literatura médica. Pacientes que receberam previamente implantes sintéticos na face, tais como o *Polimetilmetacrilato* (PMM) e o silicone; ou que são fumantes, bem como os indivíduos com *Síndrome da Fadiga Crônica* podem apresentar um pós-operatório com edema (inchaço) e dor mais prolongados e, também, com eventual prejuízo dos resultados obtidos.
4. **DURAÇÃO DO EFEITO:** Entendo que, com as modernas técnicas utilizadas, o percentual de “pega” da gordura (o que vai dar um resultado definitivo) aumentou consideravelmente. Todavia, ainda não é possível definir o quanto o enxerto pegará, e nem por quanto tempo. Tomei conhecimento que este procedimento apresenta uma grande vantagem, que é a não-utilização de substâncias artificiais estranhas ao meu organismo, e cuja segurança e limites ainda não foram completamente estabelecidos. Uma vez integrados estes enxertos gordurosos no meu organismo, entendo que podem acompanhar as modificações do meu peso e do meu percentual de gordura corporal.
5. **REFINAMENTOS:** O procedimento que autorizo contempla a possibilidade de aplicações complementares, se estas forem necessárias e por mim desejadas. **Declaro** que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo tratamento, tive oportunidade suficiente para discutir com meu médico e questionar sobre todo o procedimento e os termos aqui mencionados.

Autorizo, ainda, a realização de fotos da minha face e corpo, bem como o uso destas durante a cirurgia e também com finalidade científica e/ou legal.

Observações: -----

Assinatura: _____

RG: _____ CPF: _____

Local: _____ Data: ____, de _____ 20__

Testemunha (1): _____ CPF ou RG _____

Testemunha (2): _____ CPF ou RG _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA



INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A cirurgia de *Ginecomastia* se destina a retirar o excesso de gordura e/ou de glândulas da região peitoral masculina. Quando o volume excessivo local for exclusivamente de gordura, esta será retirada por lipoaspiração, restando uma cicatriz de aproximadamente 0,5 cm.

Quando houver glândula mamária ocasionando a deformidade, a cicatriz deixada ficará na borda aréola. Em caso de grande volume local poderá ocorrer sobre de pele. Entretanto esta pele, com o passar do tempo, se acomodará sobre a região. Em alguns casos, poderá ser necessária uma cirurgia de retoque ou refinamento para a retirada de mais pele, ficando, nestes casos, uma cicatriz maior e mais visível. O aspecto “achatado”, às vezes resultante, deverá ser corrigido com musculação, a ser indicada para alguns pacientes, por seu médico, no devido tempo.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Após a cirurgia você usará uma cinta modeladora sobre a região peitoral e, eventualmente, terá um curativo e dois drenos (pequenos tubos) sob o modelador.

Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. Serão trocadas pelo seu médico, por ocasião dos dois primeiros curativos.

Drenos: serão retirados, geralmente, no 1º dia após a cirurgia (marcar hora).

Dor: moderada, sendo minimizada com analgésicos. Alguns pacientes não chegam a precisar de analgésicos.

Edema (inchaço): será acentuado, principalmente, na região da aréola e dos mamilos, impedindo a visualização final do resultado, por várias semanas.

Amortecimento: a pele da região ficará amortecida por algum tempo, o que é variável de paciente a paciente.

Equimoses (manchas roxas): frequente nas áreas lipoaspiradas ou mesmo muito abaixo delas. Desaparecem em, aproximadamente, 30 dias.

Nódulos: aparecem nas áreas de lipoaspiração, eventualmente podendo ser sentidos à palpação. Geralmente desaparecem no decorrer do pós-operatório. Caso persistam por mais tempo, podem requerer drenagem linfática, ultrassom ou pequeno retoque.

Repouso: Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço). Ficar sentado ou semissentado é uma boa alternativa. Quando no leito, movimentar frequentemente os pés e as pernas.

Banho: liberado a partir do 2º dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5º dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira.

Modelador: uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-lo quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço).

Fitas de Micropore: realizar a troca somente uma vez por semana: aguarde a liberação de seu médico para este início. Você as usará sobre as cicatrizes, por aproximadamente 2 meses e de acordo com o caso; poderão ser trocadas por fitas de silicone durante o dia e creme para massagem, nas cicatrizes, à noite.

Ficar no domicílio por 24 horas, sem sair. Mas começar a andar, dentro de casa, após 5 horas depois da cirurgia.

Retirada dos pontos: caso hajam, serão retirados entre 7 a 10 dias de pós-operatório.

Trabalho: se não for exaustivo, reiniciar após o 4º dia de pós.

Caminhadas e Esportes: desde que não envolvam a área operada – após 15 dias. Esportes que envolvam a área operada, tais como musculação para braços, ombros, peitoral e dorso, natação e aeróbica, só após 45 dias.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele. Desde que não incida diretamente sobre as cicatrizes, estará liberado após 2 meses. Usar protetor solar.

Dirigir automóvel: após 5 dias, caso se sinta apto para isso e se não sentir dores.

Drenagem linfática e ultrassom: seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1ª semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

Alta completa: após 6 meses, quando será submetido a nova consulta e feitas fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final, ou seja, para retirar pele que possa estar comprometendo o bom resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização.

RISCOS

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico e à anestesia, a *Ginecomastia* apresenta, ainda, os seguintes riscos: persistência de pele, gordura ou glândula, formato local diferente do esperado, necroses da pele, diminuição ou perda da sensibilidade local, assimetrias entre um lado e outro ou no mesmo lado, cicatrizes aparentes ou queiloideanas, hematoma, seroma (acúmulo crônico de líquido sob a pele). O seu médico está à sua disposição para lhe explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso algum destes eventos ocorram.

Lembretes finais

- Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
- Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
- Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de *Ginecomastia* e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine qualquer dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de *GINECOMASTIA*, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: Data:,,

(assinatura da paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME:..... :
 CPF OU RG Nº : SEXO : .MF
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO
 CEP:TELEFONE:(.....).....CEL:.....

2.RESPONSÁVEL LEGAL – NOME:.....
 Grau de parentesco: Tutor, Curador etc.:
 CPF OU RG:.....SEXO: MF
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO:
 CEP:TELEFONE:(.....).....CEL:.....

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação num tratamento que visa o fechamento de feridas profundas com o uso de um substituto de derme (uma parte da pele), que proporciona bons resultados com uso de cirurgias menores, mais rápidas e com menor lesão da área que vai doar a pele.

Por se tratar de feridas profundas em extremidades, o procedimento tradicionalmente indicado para sua reparação é um retalho cirúrgico, formado por um pedaço de tecido o qual usado para fechar a área da ferida.

Este pedaço de pele pode ser retirado da vizinhança da ferida ou trazido à distância junto com artéria e veia para sua nutrição, com a realização de uma anastomose vascular, com auxílio de um microscópio (um procedimento muito maior e com muito mais lesão para a área doadora).

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

No tratamento com uso de matriz de substituição dérmica, os seguintes passos serão realizados:

- a) Inicialmente será realizada uma limpeza cirúrgica da ferida, condição essencial para o fechamento da mesma;
- b) Em seguida, será feita a colocação do substituto de derme da pele sobre essa ferida (já limpa) com a finalidade de propiciar a formação de uma nova derme, que a camada interna da pele;
- c) Serão realizadas trocas de curativo a cada 05 dias, em ambiente de Centro Cirúrgico;
- d) Após alguns dias será realizado o procedimento final que consistirá na colocação de um enxerto de pele fina sobre a nova derme. Este procedimento consiste em retirar da coxa do(a) paciente uma fina camada de pele, cujo local, depois, cicatriza espontaneamente. Frise-se que esta pele retirada é mais fina que aquela do procedimento padrão.

e) Após 5 dias, o curativo será aberto, à beira do leito e, verificando-se uma boa integração do enxerto de pele (com fechamento da ferida), o(a) paciente receberá alta nesta data para prosseguir com retorno ambulatorial.

Os procedimentos rotineiros para realização da cirurgia são os mesmos de outros procedimentos cirúrgicos utilizados para o fechamento da ferida, tais como exames de sangue, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Podem ser necessários exames adicionais, dependendo do(a) paciente (idade e doenças associadas).

SOBRE OS RISCOS

Os riscos são os mesmos relacionados a qualquer procedimento cirúrgico, tais como: desconforto (dor) e sangramentos na região da ferida no período pós-operatório. E, também, há os riscos anestésicos, a saber: alergias a medicamentos, dor de cabeça após anestesia raquidural, náuseas e vômitos. Vale frisar que não há risco adicional com a utilização da matriz dérmica, em comparação aos procedimentos usuais realizados para fechamento de feridas (enxertos ou retalhos). Portanto, os riscos cirúrgicos e anestésicos são os mesmos dos outros procedimentos cirúrgicos e, como em todas as cirurgias, eles existem. Além disso, para qualquer um dos sintomas que venha a se evidenciar, serão tomadas medidas preventivas e terapêuticas (uso de medicações para dor e náusea, por exemplo).

O benefício potencial para o participante será o de ter o fechamento da ferida com um procedimento cirúrgico mais simples (tempo cirúrgico menor), com menor lesão de área doadora da coxa, pois será retirada uma camada menos espessa de pele, se comparado ao procedimento convencional, e com potencial menor tempo de internação, pela utilização da matriz dérmica. Entretanto, somente no final do estudo poder-se-á confirmar estes benefícios.

DO CONSENTIMENTO:

Tive a oportunidade de discutir com meu médico, Dr, sobre a decisão de me submeter a este tratamento. Assim, declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do tratamento e quais os procedimentos a serem realizados, bem como seus desconfortos e riscos, e quais as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes terei; assim, concordo com o que me foi explicado e dou meu consentimento para que o procedimento se realize em mim, dentro dos termos acima propostos.

Observações: -----

Local: _____ Data / /

Assinatura do(a) paciente ou representante

Testemunha 1:

Testemunha 2:

Nome e assinatura do médico responsável. Data / /
Carimbo c/ CRM

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

OBJETIVO: Melhorar, se possível, o aspecto de cicatrizes preexistentes e/ou remover lesões da pele.

SOBRE AS CICATRIZES: toda cicatriz é resultado de um grande número de fatores como cor e tipo de pele, idade, relação e reação pessoal às rugas, às articulações e várias outras particularidades. Isso porque, cada local do corpo humano possui pele ou características diferentes, sendo portanto, inconclusivas quaisquer comparações entre cicatrizes em locais diferentes ou no mesmo local, mas em diferentes pessoas.

De um modo geral cicatrizes dentro de rugas ou paralelas a estas apresentaram melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas às articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

TRATAMENTOS COADJUVANTES: após a cirurgia, o acompanhamento mensal do seu caso indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticóide, radioterapia, dentre outros.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Cicatriz – após a cirurgia, a cicatriz será um traço fino. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando, em tempo variável, a uma condição tão boa quanto sua pele permitir;

Fitas de Micropore – estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento e a presença de coágulos sob elas. Não trocar as fitas na primeira semana. Mais tarde, serão depois trocadas por fitas de silicone ou de silicone gel, além de receberem massagem com creme específico à noite.

Dor – pouco intensa;

Edema (inchaço) – pode ocorrer na região operada, e também em volta dela;

Equimoses (manchas rochas) – são infrequentes, mas podem ocorrer até em locais pouco distantes da região operada, desaparecendo, em média, após 15 a 20 dias;

Repouso – não é necessário repouso adicional;

Dieta – Livre

Andar – Livre, porém se a cirurgia for mais séria, limite-se a fazer caminhadas e subir escadas só o necessário;

Banho – Liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas de micropore; se necessário, secá-las com secador de cabelo em temperatura morna;

Ficar no domicílio – por 8 horas se foi usada apenas sedação para a cirurgia;

Retirada de pontos – geralmente não existem pontos externos. Quando estes forem empregados, serão retirados no 5º ou 6º dia, na face, e no 7º ou 8º dia, quando se localizarem nas outras áreas do corpo;

Trabalho – liberado após o segundo dia, se não afetar a área operada;

Sol – direto sobre a cicatriz, somente após seis meses, usando filtro solar espesso ou, de preferência, cobrindo-a com fitas de micropore, por 6 meses;

Esportes – liberado após o 4º dia, se não afetarem a área operada. Nos casos de revisão de cicatrizes em pernas e braços, para uma melhor possibilidade de melhora estética, deverá haver algumas restrições dos movimentos por um período de 1 a 2 meses;

Esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombro, peitoral e dorso, natação, aeróbica) – nas revisões de cicatrizes, somente após 4 meses;

Exame anatomopatológico – quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las, juntamente com a requisição, ao Laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou no *freezer*);

Andar – livre, porém, se a cirurgia for nas pernas, limite ao máximo a movimentação destas e evite escadas;

ALTA COMPLETA – após 6 meses, você será submetido(a) a uma nova consulta, ocasião em que serão tiradas fotos pós-operatórias e feito o controle de qualidade dos resultados. Se houver possibilidade de alguma melhora adicional, com algum retoque, este lhe será sugerido, podendo ser realizado na época que lhe for mais oportuna.

RISCOS

- a) Nas revisões de cicatriz: permanência da cicatriz com características semelhantes ou até mais aparentes que a anterior, a qual motivou a cirurgia (cicatrizes alargadas, hipertróficas, queloidianas). Pode haver necessidade de nova cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do queleide.
- b) Na excisão de lesões: recidiva (retorno) local da lesão, necessidade de reoperação para limpeza de margens comprometidas com neoplasia, cicatriz antiestética, possibilidade de necessidade de cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do queleide.

O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um desses riscos e o que poderá ser feito caso estes eventos infrequentes ocorram.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de REVISÃO DE CICATRIZES E/OU DE RETIRADA DE LESÕES, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações:

.....

Local: Data: de de 20.....

.....

(assinatura do(a) paciente)

.....

CPF

Testemunha 1:

.....

CPF

Testemunha 2:

.....

CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE FISSURA LABIAL ("Lábio leporino")

IDENTIFICAÇÃO do(a) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CEL.: _____

CPF: _____ RG: _____

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

EVOLUÇÃO DA CIRURGIA: após a cirurgia para correção de fissura labial, é importante que você saiba que alguns fatores orgânicos vão interferir na evolução da mesma, em especial no mecanismo de cicatrização, cuja qualidade (melhor ou pior) estará intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião tenha qualquer possibilidade de interferência sobre eles.

Do que se conclui que a ação destes fatores, na evolução da cirurgia, não depende da atuação do cirurgião plástico, em razão do que não lhe será possível determinar e nem garantir resultados.

CICATRIZES: Como resultado da cirurgia existirá uma ou mais cicatrizes, que será(ão) permanente(s). Todos os esforços serão feitos para torná-la(s) o menos evidente possível. Contudo, conforme já informado acima, cada paciente terá sua própria qualidade de cicatriz, independente do bom trabalho do cirurgião.

Você deve estar consciente de que uma cicatriz é a consequência natural de uma cirurgia. Portanto, pondere bastante quanto à conveniência de conviver com ela, pois cicatrizes nada mais são do que indícios deixados em lugar de um defeito, anteriormente existente, na região agora operada.

Se houver uma evolução desfavorável de sua cicatriz, e desde que a intervenção tenha sido realizada dentro dos padrões técnicos e cientificamente aceitos, lembre-se de que cada organismo produz uma cicatrização que é personalíssima, e portanto, pode ser diferente da cicatriz de outra pessoa, que se submeteu ao mesmo procedimento que você.

FASES DA CICATRIZAÇÃO: Para sua melhor compreensão, saiba como se dá a evolução de uma cicatriz. Três períodos caracterizam o processo de maturação de uma cicatriz, sendo que estes períodos podem variar de tempo, dependendo de fatores individuais, tais como: a região operada, a espessura da pele, substâncias tóxicas, hormônios etc. Assim, aproximadamente, pode-se dizer que:

- O período imediato vai até o 30º dia após a cirurgia;
- O período mediato vai do 30º dia até o 8º ou 12º mês;
- O período tardio, após o 12º mês. Apesar da maioria já apresentar cicatrizes maduras nos 12 primeiros meses, alguns(as) pacientes apresentam modificações do aspecto cicatricial até mesmo após o 18º mês.

Ter sempre em mente que a colaboração do(a) paciente no pós-operatório e a observância das instruções dadas pelo cirurgião são de grande importância na obtenção de um bom resultado.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

- A cirurgia de fissura labial é realizada para correção da deformidade labial e nasal. Entretanto, outras cirurgias podem ser necessárias no futuro, devido a diversos fatores, como desenvolvimento facial, potencial de crescimento alterado causado pela fissura, evolução cicatricial e possível retração da mesma.
- Poderá haver edema (inchaço) na área operada que, eventualmente, permanecerá por semanas, menos frequentemente por meses.
- As crianças podem não aceitar a dieta (leite) nos primeiros dias devido a dor, mas rapidamente elas retornam a se alimentar normalmente. É importante oferecer sua dieta convencional. Os pais devem esclarecer com seu cirurgião sobre o uso de mamadeira e chupetas.
- A ação solar ou a iluminação fluorescente poderão ser prejudiciais no período pós-operatório. Assim, você deve evitá-las.
- Poderá haver secreções acumuladas nas áreas operadas, requerendo limpezas diárias e, algumas vezes, de curativos cirúrgicos e/ou revisão cirúrgica em uma ou mais oportunidades.
- Poderá haver dor e/ou prurido (coceira, ardor) no pós-operatório em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado.
- Ocasionalmente, poderá haver transtornos do comportamento afetivo, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.
- Caso haja necessidade de cirurgias complementares para melhorar o resultado obtido (*refinamento*) ou corrigir um insucesso eventual (*retoque*), o(a) paciente deve estar ciente de que deverá arcar com os custos do material a ser utilizado, bem como da instituição hospitalar e da anestesia, mesmo quando não se estabeleçam honorários profissionais.
- O médico não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.
- Caso tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir no leito do paciente. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
- Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

A) NO PRÉ- OPERATÓRIO:

1. Obedecer às instruções dadas para a internação.
2. Comunicar qualquer anormalidade que eventualmente ocorra quanto ao seu estado geral, principalmente estados gripais, muito comum na idade.
3. Jejum: para crianças: jejum absoluto de 8 horas, incluindo mamadeira COM LEITE EM PÓ OU DE VACA. Porém, indica-se líquido (como água, chá e LEITE MATERNO) até QUATRO horas antes da cirurgia. Isto deve ser confirmado com seu cirurgião e seu anestesiológico.
4. Não trazer objetos de valor para o hospital.
5. Vir acompanhado para a internação.
6. Evitar uso de brincos, anéis, etc.

B) NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 14 dias.
2. Comparecer ao consultório para controle pós-operatório nos dias indicados.
3. Obedecer à prescrição médica.
4. Alimentação livre, a partir do 2º dia. O modo de se alimentar deve ser decidido com sua equipe médica. Alguns liberam a mamadeira, outros solicitam que se utilize colher para alimentar a criança.
5. A chupeta deve ser evitada.

DO CONSENTIMENTO:

Eu,, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento livre e esclarecido para que o Dr., reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Correção de Fissura Labial*.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anesthesiologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____, _____, _____

(assinatura do(a) paciente (ou de seu representante legal))

Testemunha..... RG ou CPF:

Testemunha..... RG ou CPF:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



PREENCHIMENTO E REVOLUMIZAÇÃO COM ÁCIDO HIALURÔNICO INJETÁVEL

1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ CPF: _____ RG: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____

2) INFORMAÇÕES GENÉRICAS: O ácido hialurônico é encontrado em todos os seres humanos, animais e em plantas. Os produtos utilizados para harmonizar o volume facial, ou preencher sulcos, são resultantes de fermentação biológica, sendo altamente purificados e hipoalergênicos.

3) INDICAÇÕES: Para melhorar a hidratação da pele, preencher sulcos faciais e readequar volumes faciais.

4) MODO DE AÇÃO: O produto é injetado por meio de seringa e agulha estéreis, em profundidade adequada, na pele, aumentando o turgor da pele e/ou o volume da face.

5) MODO DE APLICAÇÃO E APARÊNCIA: O gel contendo o ácido hialurônico é um gel transparente e vem já envasado na seringa, em blister, já próprio para uso. O produto é aplicado diretamente no local desejado, após assepsia.

6) CUIDADOS NECESSÁRIOS:

- Não massagear os locais de aplicação
- Uso de protetor solar é recomendado
- Manter os curativos, quando necessário por 5 dias
- Não deitar por sobre a área tratada por 12 horas.

7) EFEITOS COLATERAIS E RISCOS: como todo procedimento injetável podem ser observadas equimoses no local na punctura e edemas de pequena monta podem ocorrer. Todos os efeitos são temporários. EMBORA INFREQUENTES, podem ser observados:

- Equimoses
- Edemas
- Vermelhidão.

Os seguintes fatores devem ser fielmente comunicados ao seu médico, antes de você submeter-se ao procedimento:

- Uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Preenchimentos prévios;
- tratamentos para trombozes e varizes.

8) DURAÇÃO DO EFEITO: a duração do tratamento é dependente da região a ser tratada e das características do produto. De uma maneira geral a visualização do resultado pode ser considerado como 4 semanas para hidratação da pele, e de 6 meses a 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. Cada pagamento contempla somente uma aplicação e uma eventual reaplicação, caso esta seja feita em tempo inferior a um mês.

DECLARO QUE LI E ENTENDI as informações acima, e que antes de aceitar o tratamento de *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, tive a oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre o mesmo, esclarecendo minhas dúvidas. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico. Comprometo-me a seguir, rigorosamente, todos os cuidados prescritos por meu médico, especialmente evitando me expor ao sol e às radiações ultravioletas em geral.

Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Assim, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e sua equipe, realizem em mim o *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Observações:

.....

Local: Data:

.....
Assinatura (pcte.)

Testemunha 1. CPF ou RG:
(nome)

Testemunha 2. CPF ou RG
(nome)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



USO DE TOXINA BOTULÍNICA

1. INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A toxina botulínica é uma toxina obtida da bactéria denominada *Clostridium botulinicum*. No produto a ser aplicado, a bactéria encontra-se atenuada. Estas aplicações injetáveis vêm sendo usadas, há vários anos, em crianças e adultos, com a finalidade de resolver problemas de espasmo muscular, tanto na face quanto em outras regiões do corpo. Também vem sendo utilizada na área da Odontologia. O modo de ação se dá por meio de um “enfraquecimento” muscular. Basicamente, pode-se dizer que a toxina bloqueia quimicamente a “placa motora” do músculo, impedindo que ocorra a contração muscular.

2. INDICAÇÕES: Em Cirurgia Plástica, esta técnica tem sido mais usada para amenizar rugas dinâmicas ou de expressão (causadas pela ação muscular) na *região frontal* (testa), na *glabella* (entre sobrancelhas) e também na região *periorbital* (pés-de-galinha), hiperidrose e tratamento de simetrização de face pós-paralisia facial, além de outras possibilidades.

3. MODO DE AÇÃO: A aplicação injetável da *toxina botulínica* enfraquece o músculo tratado, impedindo a sua contração e prevenindo o franzimento da pele, dos “pés de galinha” e de outras linhas de expressão que sejam ocasionadas pela ação muscular.

4. MODO DE APLICAÇÃO: Por via injetável, utilizando-se uma agulha muito fina, que é introduzida diretamente no músculo a ser tratado. Não há necessidade de anestesia e o resultado (enfraquecimento muscular) começa a ser observado entre 24 horas a 5 dias após a injeção. Em algumas regiões, o resultado só é visto após 20 dias.

5. RESULTADOS: Em geral, os resultados são muito bons. Porém, como este resultado depende da resposta orgânica de cada paciente, existe a possibilidade de ser necessária uma adequação de dose ou, mesmo, que o produto não venha a surtir o efeito desejado, e isto poderá ocorrer quando o organismo já tiver produzido, anteriormente, anticorpos anti-toxina botulínica. Nestes casos, não haverá devolução do pagamento efetuado pela aplicação do produto, pois este resultado negativo não se deveu à falha técnica e, sim, a uma resistência individual orgânica do(a) paciente ao produto injetado, a qual não é possível de ser prevista previamente.

6. EFEITOS COLATERAIS: Têm sido mínimos. Ocasionalmente pode ocorrer um discreto edema (inchaço) e/ou equimose (mancha roxa) na área tratada. Raramente, o músculo adjacente pode ficar enfraquecido (por uma, ou por várias semanas após a injeção). Qualquer dúvida ou reação diversa, contatar, imediatamente, com seu(sua) cirurgião(ã).

7. DURAÇÃO DO EFEITO: Por se tratar de ação química, este tratamento não é definitivo, pois o produto perde o seu efeito após 4 a 8 meses, o que também varia de pessoa a pessoa. Após este período, nova aplicação poderá ser planejada se o(a) paciente assim o desejar. Esta nova aplicação deverá ser feita, igualmente, sob novo contrato.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Assim, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o(a) Dr.(a) e sua equipe, realizem em mim o ato de aplicação injetável de *toxina botulínica*, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Observações:

.....

Local: Data:

.....
Assinatura

RG:..... CPF

Testemunha 1. CPF ou RG:
(nome)

Testemunha 2. CPF ou RG
(nome)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



BLEFAROPLASTIA (Cirurgia Plástica das pálpebras) E CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR:

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO desta cirurgia é o de retirar tanto quanto possível o excesso de pele das pálpebras superiores, bem como as assim denominadas “bolsas” de gordura das pálpebras inferiores, a fim de proporcionar uma aparência mais (“repousada”) harmoniosa ao rosto.

Em determinados casos de flacidez acentuada das pálpebras inferiores, na presença ou não de ectrópio (pálpebra virada para fora), pode haver necessidade de realizar cantopexia (cirurgia de fixação das pálpebras).

Portanto, a cirurgia plástica das pálpebras retira apenas os excessos de pele e de gordura, procurando corrigir a flacidez muscular e melhorar o aspecto funcional e estético daquelas. Os conhecidos “pés de galinha”, por se encontrarem fora do limite das pálpebras, não sofrerão modificação.

Lembrar, ainda, que só a cirurgia das pálpebras, isoladamente, não proporciona um rejuvenescimento geral à face; isto demandaria outras condutas associadas à Blefaroplastia.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

1. Idade: Não existe uma idade ideal, mas sim, uma oportunidade ideal que é determinada pela necessidade de corrigir o defeito apresentado.
2. Período de internação: É variável de paciente para paciente, mas em média de 6 horas (com anestesia local). Em caso de ser necessário anestesia geral (o que é raro), este prazo pode alongar-se um pouco mais.
3. Tipo de anestesia: Pode ser local, ou local com sedação. Anestesia geral: utilizada apenas quando há contraindicação clínica para anestesia local, ou quando a blefaroplastia será feita associada a outras cirurgias.
4. Tempo de cirurgia: normalmente, em torno de 2 horas, todavia este tempo pode ser maior ou menor, variando em função do(a) paciente e dos detalhes a serem corrigidos em cada caso.
5. Dor: não é esperada. O mais comum é um desconforto local (sensação de estar usando óculos de natação apertado). Prurido (coceira) no local pode ocorrer até 3 dias. Ocorrendo dor, será abolida com o uso de analgésicos comuns, que seu médico lhe indicará. Não se automedique.
6. Oclusão ocular: não é necessário que os olhos fiquem ocluídos após a cirurgia, embora alguns médicos assim o prefiram. Todavia, é recomendável o uso de compressas frias (quase gelada), com água filtrada, soro fisiológico ou chá de camomila. Usar continuamente nas primeiras 5 horas após a cirurgia. Depois, fazer compressas com duração de 30 minutos, a cada 2 horas, durante o dia, por 3 dias consecutivos. Este procedimento é para evitar que o edema se acentue. Durante o sono, não é necessária a troca de compressas.
7. Edema (inchaço) é comum, e varia de paciente para paciente, sendo mais acentuado nos três primeiros dias, especialmente pela manhã, podendo ter dificuldade para abrir os olhos. Do 5º ao 8º dia já evolui para uma aparência mais natural. Em alguns casos, após o 3º mês pode ainda subsistir um edema residual discreto.
8. Manchas roxas: são comuns numa Blefaroplastia e se devem à infiltração de sangue na pele subjacente, podendo se espalhar também pela conjuntiva ocular. Isto resulta do trauma cirúrgico, não se constituindo em problema, nem sendo considerada uma complicação, mas uma mera intercorrência transitória e, portanto, reversível, não comprometendo a visão e desaparecendo, em média, 20 dias

depois. Hematoma simples ou retrobulbar (atrás do globo ocular) pode ocorrer em pacientes com hipertensão descontrolada ou com distúrbios de coagulação podendo evoluir com perda da visão

9. Cicatrizes: sendo a pele das pálpebras de espessura muito fina, as cicatrizes tendem a se confundir com os sulcos da pele, o que se dará após o período de maturação que é, em média, de 3 meses.
10. Mília: são pequenas “bolinhas” brancas, gordurosas, que costumam surgir próximas às cicatrizes. Serão suavemente retiradas, quando de suas visitas ao médico, e sem necessitar de anestesia.
11. Lacrimejamento: é normal que ocorra nos primeiros dias de pós-operatório.
12. Visão embaçada: pode ocorrer, e se deve tão somente à pomada aplicada, à noite, nos olhos.
13. Infecção: em pacientes imunodeprimidos ou diabéticos descompensado.
14. Necrose (morte) tecidual: pacientes fumantes inveterados.
15. Quemose: Inchaço temporário da membrana conjuntiva que recobre o olho.
16. Retração ou afastamento da margem palpebral inferior para baixo ou para fora do globo ocular decorrente de hematoma ou excesso de remoção cutânea.
17. Alteração temporária ou raramente definitiva para menos ou para mais do grau de refração devido a correção da posição e flacidez palpebral.
18. Diminuição transitória da lubrificação ocular, podendo ocorrer ceratite (inflamação) ou excepcionalmente úlcera de córnea devido a má oclusão palpebral e lubrificação ocular deficiente.
19. Resultado final: o resultado definitivo só será efetivamente observado após o 6º mês, quando o(a) paciente será submetido(a) a novos exames e novas fotos para análise comparativa do resultado.
20. Qualquer sintoma diferente dos acima citados deverá ser imediatamente comunicado a seu médico.

RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

NO PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Compareça ao local da cirurgia (hospital, clínica), no horário previsto e marcado na sua guia de internação. Venha acompanhado(a);
2. Comunique qualquer anormalidade ocorrida antes da internação;
3. Não use maquiagem no dia da internação;
4. Traga óculos escuros para seu maior conforto ao receber alta;
5. Caso a internação se dê no mesmo dia da cirurgia e sua anestesia seja local, tome apenas uma xícara de café com leite, acompanhada de pequena quantidade de pão ou bolacha. Em caso de anestesia geral, venha em jejum.

NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Use dois travesseiros para dormir nos primeiros 3 dias.
2. Não traumatize, nem coce os olhos;
3. Evite vento, sol e friagem por 30 dias;
4. Use óculos escuros sempre que se expuser à luz natural;
5. Alimente-se normalmente;
6. banho está liberado a partir do 2º dia (caso haja fita de *micropore* na região operada, seque-a cuidadosamente);
7. Permanecer no domicílio até o 4º dia;
8. Óculos, TV e leitura: liberados a partir do 2º dia, se tiver condições, e sem forçar;
9. Retirada dos pontos: entre 4 a 7 dias (marcar horário com seu médico);
10. Trabalho: alguma atividade após o 4º dia, se as condições visuais permitirem;
11. Dirigir: quando as condições visuais permitirem. Nunca antes do 4º dia.
12. Maquiagem leve, e corretivo só após o 4º dia;

13. Lentes de contato: após 15 a 30 dias. Fale com seu médico;
14. Caminhadas esportivas: após 10 dias, usando óculos, boné e evitando sol;
15. Esporte, exceto natação: após 20 dias;
16. Natação: após 30 dias, porém tendo o cuidado de usar óculos do tipo utilizado em *jet-sky*, para não comprimir a área operada;
17. Sol direto na face: após 45 dias, desde que não apresente manchas roxas, usando protetor solar (FPS 30), óculos de sol e boné;
18. Obedeça às prescrições de seu(sua) médico(a);
19. Volte ao consultório para fazer os curativos e as revisões nas datas estipuladas; não se automedique.
20. Consulte estas instruções tantas vezes quantas forem necessárias;
21. O bom resultado final também depende de você.

OBS.: O cirurgião não pode ser responsabilizado pelo resultado de uma cirurgia, cujo(a) paciente abandona o acompanhamento pós-operatório

Informação importante: em casos raros poderá ser indicada uma revisão ou complementação de resultado, também denominada *retoque* ou *refinamento*. Isto ocorrerá caso seja necessário acomodar a pele da pálpebra superior ou retirar resíduos da bolsa gordurosa da pálpebra inferior. Mais raramente poderá ser indicada uma intervenção para elevar a pálpebra inferior. Todavia, estes serão procedimentos menores que a cirurgia realizada anteriormente e, caso se façam necessários, o(a) paciente deverá marcar com seu médico qual a época mais conveniente para a sua realização.

DO CONSENTIMENTO:

Eu,, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o Dr., reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Blefaroplastia*.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico- paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste *Termo*, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local:

Data:

(assinatura do(a) paciente)

TESTEMUNHAS:

1..... RG ou CPF:
(nome)

2..... RG ou CPF:
(nome)