



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO E FOTOGRAFIAS

O(A) Sr.(a) _____.

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que fui devidamente informado(a) acerca do procedimento ao qual serei submetido(a), bem como que compreendi que o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor obrigam o médico a prestar, previamente, esclarecimentos sobre o trabalho a ser realizado, exceto em casos de emergências com risco de morte.

Portanto autorizo, através deste documento, o(a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o número _____, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia plástica e seus auxiliares a realizarem em mim ou em meu dependente _____ (Nome completo), os seguintes procedimentos:

Declaro ainda que :

a) Os procedimentos acima foram explicados e pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas. Entendi perfeitamente as palavras do médico.

b) Como resultado da operação permanecerá uma cicatriz por toda a vida. O(a) médico(a) fará esforços para que ela seja menos visível e disfarçada em dobras naturais da pele ou em áreas com cabelos, quando possível.



c) Haverá edema (inchaço) na área operada que poderá permanecer por dias, semanas ou meses, em alguns casos poderá haver equimose (manchas roxas) e hiperpigmentações (manchas escuras) que, poderá permanecer por semanas ou meses. Em algumas pessoas estas manchas podem permanecer por toda a vida.

d) As cicatrizes resultantes podem ser anormais, alargadas e de cor diferente da pele, quelóides ou hipertróficas (grossas), podendo coçar e doer. O cirurgião não pode dar garantias quanto ao aspecto final das cicatrizes, pois elas variam de pessoa para pessoa.

e) Poderá haver acúmulo de líquidos na área operada como hematoma (sangue) ou seroma (líquido mais claro que o sangue). Este acúmulo poderá exigir drenagem (abertura parcial para deixar sair o líquido acumulado). Em casos de hematoma pode ser necessária re-operação de urgência para controlar o sangramento e a internação pode ser prolongada. Em caso de seroma podem ser necessárias punções repetidas com agulha e aspiração por seringa.

f) Poderá ocorrer infecção localizada na área operada ou generalizada que pode exigir reabertura da ferida para drenagem ou levar a deiscência (abertura espontânea dos pontos). O médico poderá receitar antibiótico antes, durante e após a operação para prevenir a infecção, porém, mesmo assim, ela pode ocorrer. Entendi que a maioria das infecções é provocada por bactérias do próprio paciente e que antibióticos e curativos ajudam a controlá-las. A falha na cicatrização pode exigir nova operação para fechamento da ferida operatória.

g) Poderá haver diminuição da sensibilidade (dormência) ou ausência da sensibilidade (anestesia) nas áreas operadas por um período de tempo variável. Em alguns casos estas alterações podem ser definitivas. Poderá haver paresia (dificuldade de movimentação) da região operada por período de tempo variável.

h) Poderá haver necrose (perda da vitalidade) de tecidos da região operada, ocasionada por dificuldade na circulação do sangue na pele, levando a necessidade de novos tratamentos para sua



recuperação. Neste caso, o resultado da operação poderá não ser o esperado, ficando a região operada com aspecto diferente do normal.

i) Operações realizadas nos dois lados do corpo podem apresentar assimetrias (diferenças entre os lados). Estas diferenças podem ser pequenas ou grandes, sem que isso possa ser considerado um mau resultado e retoques que podem ser indicados para melhorar a simetria (igualar os dois lados). A melhor época para se realizar os retoques será determinada pelo médico. Irregularidades da superfície da pele podem ocorrer em maior ou menor grau.

j) Poderá haver dor no pós-operatório em maior ou menor intensidade e por período de tempo indeterminado, variando de pessoa para pessoa.

k) Problemas vasculares (entupimento de artérias e veias), reações alérgicas e óbito (morte) podem ocorrer em qualquer procedimento cirúrgico. Embolia pulmonar (formação de coágulos no pulmão) e choque anafilático, embora raros, também são ocorrências possíveis em qualquer operação, seja cirurgia plástica ou não.

l) Será necessário repouso após a cirurgia e que a área operada necessitará ficar imobilizada por um período de tempo que será determinado pela minha médica.

Portanto, de posse destas informações:

1) Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos não previstos antes da operação. Outros procedimentos médicos adicionais ou diferentes daqueles programados podem ser indicados. Autorizo o cirurgião, o anestesista e toda a equipe médica a realizarem os atos necessários para controlar estas situações, inclusive a suspender parcial ou totalmente a cirurgia proposta.

2) Eu entendo que o cirurgião e sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o objetivo desejado, porém, isto não é 100% certo, pois a



medicina não é uma ciência exata , sendo impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica. Por esta razão, aceito que não podem ser dadas garantias de sucesso absoluto e de manutenção dos resultados pra toda vida.

3) Estou ciente que a cirurgia plástica , segundo o Conselho Federal de Medicina , envolve a obrigação de usar todos os meios necessários para atingir os objetivos propostos e que o pagamento de honorários não podem ser vinculados ao sucesso do tratamento.

4) Eu concordo em cooperar com os médicos até meu completo restabelecimento, seguindo todas as suas recomendações. Sei que se eu não seguir estas recomendações poderei comprometer o trabalho dos profissionais, colocando em risco minha saúde e o resultado do tratamento cirúrgico, com consequências indesejáveis temporárias ou permanentes.

5. Eu entendo que retoques e operações complementares (segundo tempo cirúrgico) são possibilidades comuns na área cirúrgica, em particular na cirurgia plástica. Estes retoques serão aconselhados pelo cirurgião, quando necessários, respeitando-se o tempo indicado para a adequação dos tecidos e amadurecimento das cicatrizes. Eu concordo que os retoques não significam incapacidade técnica do cirurgião, mas sim, uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. O momento ideal para fazer um retoque será determinado pelo cirurgião e seu custo será motivo de negociação entre as partes envolvidas, ou seja, paciente, equipe cirúrgica, anestesista e instituição hospitalar.

6. Eu compreendo e aceito o fato de que o uso de tabaco (fumo), drogas ilícitas e álcool, embora não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações. A interrupção do uso destas substâncias não cessa o malefício do uso anterior, apenas diminui a probabilidade de complicações. Eu autorizo o registro em foto, som, imagens, etc., dos procedimentos propostos por entender que tais registros representam uma importante contribuição para o estudo e informação científica. Autorizo, também, a divulgação dos mesmos exclusivamente para o meio científico.



7. Estou ciente que haverá limitação de minhas atividades habituais por um período de tempo a ser determinado pelo cirurgião e que os resultados em cirurgia plástica são temporários.

8. Eu declaro que me foi dada a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, por minha própria vontade, irei me submeter, bem como as formas disponíveis de anestesia, os riscos e os custos envolvidos.

Estou ciente, ainda, de que para a realização do procedimento ora consentido será necessário o emprego de anestesia, cujo tipo e técnicas me serão repassadas pelo médico anestesista. Fui orientado(a) de que a anestesia se trata de um procedimento invasivo, que raramente acarreta lesões graves, mas que poderão ocorrer. Atesto, ainda, que me foram repassadas todas as informações relativas à anestesia à qual serei submetido(a), inclusive quanto à sua necessidade, benefícios e riscos, assim como fui esclarecido de que a resposta à administração do medicamento anestesiológico é individual, sendo que a ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis é imprevisível.

Em vista do exposto, autorizo meu médico a realizar os procedimentos acima enumerados.

Assim sendo, concordo com o tratamento/procedimento proposto

_____ (**NOME DO PROCEDIMENTO PROPOSTO**), inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for, e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha médico (a) e assine a Revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.



De modo a colaborar na evolução do diagnóstico e tratamento médico, ou auxiliar na difusão do conhecimento médico ou científico, por meio desta, **AUTORIZO** também o meu médico assistente, a publicar, exibir ou usar de outra maneira as fotografias ou dispositivos feitos de minha pessoa, quer anteriores ou posteriores à data desta autorização e vinculadas à cirurgia plástica a que me submeti e ou me submeterei, de qualquer modo que possa considerar adequado, para fins, único e exclusivamente, de divulgação científica na área médica.

Entendi e concordo que meu nome não será revelado ou usado de alguma forma com isso relacionado.

Itabira, ____ de _____ de ____.

Assinatura do paciente / Responsável

1ª - Testemunha

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

2ª - Testemunha

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Revogação deste Consentimento:

Itabira, ____/____/____, Hora: ____:____. _____

Assinatura do paciente ou responsável

IMPORTANTE: Esse campo deverá ser assinado somente se houver a necessidade de revogar o presente Termo de Consentimento