

# 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, recomençar 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