

## TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento cirúrgico denominado **LIFTING FACIAL**, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em \_\_\_\_\_, pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que o procedimento cirúrgico foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas durante o tratamento.

### **1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:**

**1.1.** Trata-se de um procedimento cirúrgico, cujo o objetivo é melhorar os sinais visíveis de envelhecimento no rosto e no pescoço, tais como flacidez no terço médio da face, vincos profundos abaixo das pálpebras inferiores, vincos profundos ao longo do nariz, que se estende ao canto da boca, gordura que tenha baixado ou tenha sido deslocada, perda de tônus muscular na face inferior, podendo causar papada, pele frouxa e excesso de depósitos de gordura sob o queixo e a mandíbula.

**1.2.** São feitas incisões no começo do couro cabeludo, na região temporal, podendo ser dentro ou pré-pilosa, se estendendo em torno da orelha e terminando na parte inferior do couro cabeludo. O tecido subjacente é reposicionado, comumente nas camadas mais profundas da face, e os músculos são elevados. Uma segunda incisão, abaixo do queixo, poderá ser necessária para melhorar o aspecto de envelhecimento no pescoço. Suturas ou adesivos de pele são usados para fechar as incisões.

**1.3.** Após fechar as incisões, uma bandagem é colocada delicadamente em torno do rosto do paciente para minimizar o inchaço e os hematomas. Um dreno também poderá ser temporariamente colocado sob a pele, para drenar qualquer excesso de sangue e de fluido, que possam acumular.

**1.4** O procedimento é realizado sob anestesia geral ou sedação intravenosa, cabendo a escolha ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para o paciente.

### **2. Dos Riscos e Complicações Inerentes ao Procedimento:**

**2.1.** Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico, sempre existirão riscos e complicações que são inerentes à cirurgia, apesar de todos os cuidados dispensados pelo cirurgião, tais como:

• **Cirurgia secundária:** o resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente. **Dessa forma, pode haver a necessidade de nova cirurgia. Estou ciente de que tais procedimentos, caso necessário, implicarão custos adicionais, que deverão ser arcados por mim;**

• **Dor:** 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;

• **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele, e pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem;

• **Inchaço:** poderá ocorrer inchaço nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por algumas semanas;

• **Descoloração:** 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;

• **Perda de sensibilidade:** Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;

• **Seroma e Edema:** Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;

• **Necrose de tecido:** Pacientes que possuem cicatrizes anteriores, indivíduos fumantes, obesos, ex-obesos, diabéticos e pessoas com problemas circulatórios têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização. No entanto, esta complicação pode ocorrer mesmo sem que haja um fator de risco identificável. O tratamento consistirá em curativos para estimular o fechamento espontâneo da lesão e, muitas vezes, poderá haver a necessidade de um retoque cirúrgico posterior;

• **Assimetria:** Fatores como tônus da pele, tônus muscular, proeminências ósseas, desvios de coluna vertebral e outros depósitos de gordura podem contribuir para a presença de assimetria corporal após a cirurgia;

• **Pontos (suturas) profundos:** Como a técnica cirúrgica pode utilizar fios não absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície, causando algum tipo de incômodo ao paciente, que os levem a ser retirados pelo cirurgião;

• **Processo infeccioso:** Poderá ocorrer na área operada ou em áreas distantes da cirurgia, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele do paciente, e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

• **Reações alérgicas:** Em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório;

• **Anestesia:** Todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e até mesmo óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação.

• **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizados, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

**Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que o paciente informe ao anestesista, na ENTREVISTA PRÉ-ANESTÉSICA, a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.**

**2.2.** Fui devidamente cientificado de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que eventualmente não impedem a realização de cirurgias, podem determinar complicações e influenciar, de forma negativa, no resultado final do procedimento, principalmente no que tange ao processo de cicatrização.

**2.3.** Estou consciente de que o fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos que, certamente, irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminuindo a expansão dos pulmões e com acúmulo de secreções, aumenta os riscos de pneumonia.

**2.4.** Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, que pode aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros. Compreendo que em qualquer procedimento cirúrgico **sempre existirão riscos.**

**2.5.** Declaro que fui cientificado pelo médico sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos por tempo prolongado.

**2.6. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).**

### **3. Das cicatrizes:**

**3.1.** Declaro que fui devidamente esclarecido de que, como resultado da cirurgia, restarão cicatrizes nos locais das incisões feitas, que serão permanentes. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

**3.2.** Poderão ocorrer complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso e necrose de pele. Tais problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

**3.3. Embora o procedimento cirúrgico tenha o objetivo de corrigir imperfeições, tenho a consciência de que os resultados deixarão outros tipos de imperfeições, na forma de cicatrizes e marcas na pele, que fazem parte das consequências pós-cirúrgicas.**

### **4. Contraindicações**

**4.1.** É imprescindível que o paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez, bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situações podem prejudicar sua recuperação.

**4.2.** A realização do procedimento não é indicada nos seguintes casos:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Pacientes com doenças cardíacas;
- Pacientes com obesidade grave;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduos, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.

**4.3.** Serão analisadas, individualmente, situações como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos (depressão, bipolaridade), patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

**4.4.** Para a realização do procedimento, é necessária a avaliação de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos) para a constatação do perfeito estado de saúde do paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

### **5. Cuidados ANTES do procedimento:**

**5.1.** Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, antes do procedimento:

- Estar acompanhado no dia da cirurgia;
- Estar em jejum completo, pelo período determinado pelo médico;
- Não usar cremes faciais, nem maquiagem;
- Lavar com abundância os cabelos;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender Ômega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS (ácido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar, durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;

- Realizar os exames previamente solicitados pelo médico;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de líquidos saindo pelo bico dos seios, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia.;
- Obedecer a todas as instruções dadas para a internação.

## **6. Cuidados APÓS o procedimento:**

### **6.1. Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, após o procedimento:**

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Usar curativo compressivo nas primeiras 24 horas ou pelo período indicado pelo médico;
- Evitar ao máximo a exposição solar e situações que possam causar traumatismos locais;
- Não praticar esforços físicos, pelo tempo determinado pelo médico;
- É imprescindível fazer a higiene com o uso de medicamentos como pomadas e cremes antissépticos, de acordo com as orientações médicas;
- Deitar de barriga para cima e evitar encostar as orelhas no travesseiro, para não comprimir o lugar da incisão onde foram feitas as suturas, sob risco de necrose, conforme orientação médica;
- Evitar coçar ou retirar crostas das cicatrizes;
- Evitar usar secador de cabelo;
- Comparecer às consultas de acompanhamento pós-operatório, previamente agendadas.

**6.2.** Somente após a liberação médica, ao paciente poderá voltar a fazer esforços físicos, retornar as atividades físicas, dirigir e ter relações sexuais, sendo o período variável de paciente para paciente.

## **7. Do Compromisso com o tratamento:**

**7.1.** Fui devidamente cientificado de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às sessões previamente agendadas e às consultas de revisões marcadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento às revisões e as consequências dessa omissão no tratamento, **estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas poderá ser considerado como abandono do tratamento.**

**7.2.** As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo médico, durante o pós-operatório. A critério médico podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

**7.3.** Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, orais e escritas, anteriores e posteriores ao tratamento, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão trazer-me prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde. Fica desde já claro que toda e qualquer ordem será anotada no meu prontuário pelo médico responsável.

**7.4. Comprometo-me a realizar os tratamentos pós-cirúrgicos recomendados pelo profissional médico, ciente de que deverei custeá-los, pois não estão inclusos no valor da cirurgia.**

## **8. Da Inexistência de Promessa de Resultado:**

**8.1.** Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia.

**8.2.** O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

**8.3. Estou ciente de que podem haver alterações subseqüentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ao ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com a cirurgia, e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.**

## **9. Da Autorização de uso da imagem**

Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, que poderão ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

## **10. Das Considerações Finais:**

**10.1.** Declaro, em prontuário, informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

**10.2.** Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros.

**10.3. Fui esclarecido de que o resultado da cirurgia plástica ficará comprometido se houver variação no peso superior a 3 (três) quilos, seja perda ou ganho.**

**10.4. Declaro ter ciência de que o procedimento cirúrgico será contraindicado, caso seja constatada pelo cirurgião, a impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de minha expectativa irreal.**

**10.5.** Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, e comprometer o tratamento a que me submeto, podendo acarretar danos à minha saúde.

**10.6.** Fui esclarecido de 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 ser necessários.

**10.7. Por tal razão, AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda a sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como o uso de hemoderivados, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.**

**10.8.** Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expresso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Paciente / Responsável pelo paciente**

**TESTEMUNHAS:**

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_