

TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

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

Declaro 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 antes, durante e após o tratamento.

1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:

1.1. Trata-se de procedimento cirúrgico **secundário**, indicado para modificar a forma do nariz, podendo-se reduzir o tamanho, rebaixar a altura do dorso nasal, alterar a forma da ponta, diminuir a largura das narinas ou aumentar o ângulo entre o nariz e o lábio.

1.2. As incisões para realização do procedimento são feitas na parte interna do nariz ou nos sulcos.

1.3. Durante o procedimento, os ligamentos entre as cartilagens são interrompidos e o esqueleto do nariz é remodelado por meio da retirada de cartilagem e tecido ósseo. Desta forma, os ossos do nariz serão fraturados de forma moderada para que o procedimento possa ser realizado.

1.4. O procedimento é realizado através de ressecções (cortes, extirpação) de tecidos nasais em excesso, reposicionamento e remodelação de ossos e cartilagens nasais, além da inserção de enxertos e cartilagens de tecido do próprio paciente, que podem mudar de posição durante a cicatrização, causando assimetrias do nariz.

1.5. Importante destacar que, em caso da necessidade da retirada de cartilagens do próprio paciente, haverá ressecção, gerando cicatrizes aparentes na área doadora.

1.6. Após o término da cirurgia, o nariz será mantido imobilizado com um splint metálico ou de gesso e esparadrapo, que o recobre totalmente. Esse splint é fundamental para a modelagem do nariz e permanecerá por cerca de 10 dias, sendo retirado somente no consultório. Após a retirada, a paciente ficará com uma fita microporosa, moldando as estruturas operadas.

1.7. O procedimento é realizado sob anestesia. A escolha do tipo caberá ao médico anestesista, que avaliará a melhor opção para o caso.

1.8. Declaro que já realizei o procedimento de Rinoplastia, anteriormente, em _____.

2. Dos Riscos e Complicações Inerentes ao Procedimento:

2.1. Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico, sempre existirá riscos e a possibilidade de ocorrência de complicações, **principalmente em se tratando de cirurgia secundária**, apesar de todos os cuidados dispensados pelo cirurgião. Entre os principais riscos de complicação estão os seguintes:

• **Nova Cirurgia:** 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.**

• **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. O acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele e pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial. Caso ocorra, pode necessitar de tratamento emergencial.

• **Dor e Náuseas:** poderão ocorrer no pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado, variável de paciente para paciente.

• **Infecção:** em **cirurgia secundária** os tecidos previamente danificados por cirurgias anteriores são infinitamente mais susceptíveis a infecções, durante o prazo de 2 (dois) anos. Caso ocorra, pode necessitar de tratamento com antibióticos.

• **Inchaço:** poderá haver inchaço e edema nas áreas operadas, que eventualmente poderá permanecer por semanas e menos frequentemente por meses.

• **Equimoses:** poderá haver equimoses periorbitárias, regredindo gradualmente no período pós-operatório;

• **Alteração na sensibilidade da pele:** a redução (ou perda) da sensibilidade na pele na região do nariz, que costuma ser temporária, podendo não se resolver totalmente.

• **Irregularidades na pele ou na superfície:** em alguns casos a paciente poderá apresentar irregularidades na pele e de contorno, devido a diversos fatores, tais como cicatrização irregular, estruturas danificadas em diversos graus de severidade, infecções pós-cirúrgicas.

• **Irregularidades na superfície nasal:** tais irregularidades poderão aparecer com o passar do tempo, algumas de forma tardia até 1 ano após a cirurgia.

• **Descoloração:** Poderá haver descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente, poderão ser permanentes.

• **Cicatrização demorada:** a abertura dos pontos é uma possibilidade, demorando mais tempo e necessitando de curativos por um tempo maior.

• **Cicatrização Desfavorável:** a circulação dos tecidos poderá ser comprometida devido a mesma ter sido danificada, em consequência de cirurgias anteriores. Porém, nem todas as irregularidades poderão ser tratadas e dependerá da forma individual que tanto as estruturas nasais e circulação foram danificadas em cirurgias prévias. Caso apareça irregularidades, caberá ao médico responsável decidir qual a melhor data para intervir, afim de amenizar as mesmas.

• **Alterações no fluxo de ar:** podem ocorrer obstruções que interfiram na passagem normal de ar, como sensação de entupimento, tendo caráter temporário. Isto ocorre devido ao edema ou de forma tardia devido a irregularidades na cicatrização.

• **Assimetrias:** poderá ocorrer alteração na forma do nariz, bem como assimetrias das narinas, principalmente se essas já existiam antes da cirurgia;

• **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.

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

• **Dor:** poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado,

variável de paciente para paciente;

• **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, a paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

Não há maneiras de se prevenir o choque anafilático, mas é importante que a 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. Estou ciente de que as estruturas do meu nariz foram previamente danificadas e algumas de maneira irreversível, estando devidamente ciente das prováveis intercorrências.

2.3. Para este tipo de procedimento é esperado um edema mais prolongado do nariz, nos primeiros meses após a cirurgia, identificado como um endurecimento e amortecimento da ponta nasal.

2.4. Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica da região operada, ocasionada 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 ou de reparo cirúrgico, com resultados apenas paliativos, em casos extremos.

2.5. Traumas no nariz: lesões por traumatismo, batidas ou pancadas no nariz após a cirurgia podem prejudicar o resultado da cirurgia. Cuidados devem ser tomados no sentido de protegê-lo de lesões durante o processo de cicatrização. Cirurgias adicionais podem ser necessárias para a correção dos danos com o custo para a paciente.

2.6. Declaro que fui cientificada pelo médico sobre os riscos externos do procedimento, 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.

2.7. As intercorrências anestésicas, cirúrgicas e pós-operatórias já listadas independem do atuar do cirurgião. Portanto, não serão responsabilidade do médico as consequências financeiras do eventual atraso do retorno da paciente às atividades profissionais (lucros cessantes) decorrente destas.

2.8. Fui cientificada de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente no que tange ao processo de cicatrização.

2.9. A cicatrização poderá ficar comprometida devido à diversos fatores, dentre eles o comprometimento da circulação dos tecidos, em razão de terem sido danificados e diminuídos em cirurgia anterior.

2.10. 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, diminui a expansão dos pulmões e causa acúmulo de secreções, que aumenta os riscos de pneumonia.

2.11. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta cirúrgica 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. Compreendo que em qualquer procedimento cirúrgico **sempre existirão riscos.**

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

2.13. Estou ciente de que existem riscos de cerca de 20%, segundo a estatística mundial, de ter que refazer a cirurgia devido à cicatrização do nariz se dar de forma inesperada, causando tortuosidade nasal, saliências no dorso nasal, dificuldades de respiração e outros. Estou ciente de que as cirurgias subsequentes serão pagas novamente integralmente por mim.

3. Contraindicações

3.1. É imprescindível que a 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.

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

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

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

3.4. 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 da paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

4. Das Cicatrizes:

4.1. Declaro que fui devidamente esclarecida 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.

4.2. 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.

4.3. **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.**

4.4. **Declaro que fui devidamente informada de que, após a realização da cirurgia de Rinoplastia, as fraturas realizadas nos ossos nasais poderão ser vistas em qualquer exame de imagem realizado, estando, ainda, ciente da impossibilidade de na cirurgia secundária de rinoplastia, a correção total de todas as estruturas nasais anteriormente manipuladas.**

5. Cuidados ANTES do procedimento:

- Estar acompanhada no dia da cirurgia;
- Efetuar jejum completo, pelo período determinado pelo médico;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar 30 dias antes e 30 após a cirurgia, lembrando que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- 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;
- Realizar os exames prévios 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 resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia. Nestes casos, o procedimento cirúrgico deverá ser transferido até a resolução do processo infeccioso.

6. Cuidados APÓS o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Não fungar nem assoar o nariz com força, para evitar sangramentos;
- Lavar o nariz com jatos de soro fisiológico para desentupir-lo, se for o caso e recomendado pelo médico;
- Evitar consumir alimentos muito quentes, na primeira semana após a cirurgia, se assim for recomendado pelo médico;
- Evitar sol, calor excessivo, friagem e traumatismos locais, nos primeiros dias após a cirurgia;
- **Fazer repouso conforme recomendado pelo médico;**
- **O uso de meia elástica é recomendado nos primeiros dias após a cirurgia;**
- Dormir com travesseiro alto e com a face voltada para cima, durante as duas primeiras semanas;
- Não fazer movimentos bruscos ou abaixar a cabeça, nos primeiros dias;
- Não praticar exercícios físicos até liberação médica;
- Trocar a gaze externa tantas vezes quanto necessário, sendo normal, nos primeiros dois dias, que fique suja com um fluido cor de rosa ou discretos sangramentos;
- Fazer a higiene nasal com um cotonete e soro fisiológico, com movimentos delicados, mas firmes, apenas removendo as crostas amolecidas;
- **Não utilizar drogas ilícitas (orais ou por outras vias);**
- **Evitar o uso de óculos até a determinação pelo médico;**
- **Utilizar o uso de óculos até a determinação pelo médico;**
- **Utilizar bloqueador solar em todas as áreas que estejam com equimoses (manchas na pele em razão de extravasamento de sangue);**
- **Não retirar o curativo. A retirada apenas poderá ser feita no consultório pelo médico, membros de sua equipe ou médico autorizado;**
- **Caso tenha animal de estimação não manter contato direto com ele no primeiro mês de cirurgia;**
- Esforços físicos e relações sexuais somente após a liberação médica;
- Comparecer às consultas de acompanhamento pós-operatório previamente agendadas.

7. Compromisso com o tratamento

7.1. Fui devidamente cientificada 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, **ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode 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, **podendo prolongar-se até dois anos da data da operação. Após esse período, será considerada nova conduta.**

7.3. Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificada 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.

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. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional ao ato cirúrgico e a todas as variantes do ato médico em si para cada paciente.**

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 subsequentes 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;**

8.4. Estou ciente de que o período de pós operatório é fundamental para a plena recuperação da cirurgia e me comprometo a cooperar com o Dr Volney Pitombo e sua equipe, comparecendo aos curativos e revisões nas datas e horários estabelecidos para as consultas pós operatórias.

9. Da Autorização para uso da imagem e compartilhamento da imagem:

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

9.2. Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso;

9.3. Assim sendo, autorizo, na forma do Art. 11 da Lei Nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados se julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

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 esclarecida sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

10.2. **O procedimento cirúrgico não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal da paciente.**

10.3. Fui esclarecida 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.

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

10.5. Afirmando que estou plenamente consciente dos riscos, benefícios e limitações do procedimento escolhido e é por livre e espontânea vontade, de acordo com minha autonomia e autodeterminação, que decidi realizar esta cirurgia, bem como escolhi o cirurgião Dr Volney Pitombo e sua equipe.

10.6. 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 20____.

Assinatura do paciente/Responsável

Testemunha: _____

CPF: _____

Ass: _____

Testemunha: _____

CPF: _____

Ass: _____