

DR ELSON ADORNO

— CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA & REPARADORA —

Clínica Nossa Senhora da Graças – Rua dos Lírios, 525 – Jardim Cuiabá
Cuiabá – MT CEP 78.043-122 Fone: 3052-8002

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Por determinação explícita de minha vontade, eu _____

_____ portador(a) da identidade nº _____, por esse termo, voluntariamente autorizo Dr. Elson Adorno, médico, inscrito no CRM – MT 5999, cirurgião plástico, e todos os demais profissionais dos quais ele se serve, e que estão vinculados a minha assistência, a realizar o(s) seguintes procedimento(s) cirúrgico(s) em minha pessoa:

_____, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários dele decorrentes.

2. O(s) procedimento(s) acima autorizado(s) me foi explicado claramente, por isso entendo que:
- 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 torna-la o menos visível possível;
 - Poderá haver **inchaço** (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;
 - Poderá haver **manchas** (equimoses) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes;
 - Poderá haver a formação de uma **cicatrização patológica** (queloides e cicatriz hipertrófica), dependendo das características intrínsecas e da suscetibilidade individual;
 - Poderá haver **descoloração ou hiperpigmentação cutânea** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente essas alterações poderão ser permanentes;
 - Eventualmente, líquidos, sangue (**hematoma**) e/ou secreções (**seroma**) podem se acumular na região operada, necessitando de drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
 - Outras condições possíveis de ocorrer são as **infecções**, localizadas ou não, podendo ser acompanhadas da **deiscência dos pontos**, geralmente controladas com uso de antibióticos e cuidados locais;
 - 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;
 - 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;
 - Cirurgias que envolvem os dois lados do corpo comumente acompanham **assimetrias discretas ou irregularidades de superfície**, não significando, no entanto, um mal resultado estético;
 - Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;
 - Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques**, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um resultado melhor;
 - Problemas vasculares, neuromusculares, tromboembolia, reações alérgicas e até mesmo óbito podem ocorrer; contudo, uma investigação pré-operatória exaustiva e minuciosa diminui muito essas possibilidades;

Portanto, de posse dessas informações:

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

4. **Eu entendo** que tanto o médico quanto a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos a 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 como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.
5. **Eu concordo** em cooperar com o médico 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 profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.
6. **Eu compreendo e aceito** o fato de 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 as cirurgias propostas por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.
8. **Estou ciente** que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.
9. **Estou ciente e fui orientada** sobre a necessidade de realizar procedimentos adjuvantes tais como betaterapia, radioterapia, entre outros procedimentos nas regiões das cicatrizes para tentar evitar o aparecimento de **queloides. Mesmo assim, sei que todos estes procedimentos podem não evitar o aparecimento dos mesmos (queloides)**. Também sei que caso haja formação de queloides, será necessário realização de tratamentos complementares, tais como infiltração de corticoides, entre outros.

Importante:

Resultados mais maduros somente devem ser considerados após 18 meses da cirurgia. As cirurgias de retoques, quando necessárias, serão aconselhadas pelo cirurgião, devendo-se respeitar o tempo necessário para a adequação dos tecidos e acomodação das cicatrizes. Quando realizadas em momento inoportuno, podem não alcançar os resultados desejados.

Os retoques não significam incapacidade técnica, mas, sim, uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. Os custos desses possíveis retoques serão cobrados somente em relação às despesas hospitalares e de anestesia. Não serão cobrados honorários da equipe cirúrgica desde que esses retoques sejam realizados no período sugerido pelo cirurgião.

Para fins de honorários, será considerado retouque todo procedimento sobre a mesma área operada seguinte à primeira cirurgia, em período subsequente de 12 meses. Após esse período, qualquer intervenção cirúrgica será considerada como um novo procedimento, independente do primeiro, mesmo que nas mesmas áreas.

O(A) paciente deve estar ciente que a cirurgia plástica, mesmo a estética, envolve obrigação de **meios**, segundo resolução 1.621/2001 artigo 4º do Conselho Federal de Medicina.

Eu declaro que me foi fornecida a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, bem como as formas disponíveis de anestesia, os riscos e os prejuízos envolvidos e os riscos do não-tratamento, razão pela qual autorizo o profissional acima designado a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Paciente ou responsável RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____