

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DO QUEIXO)**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados à **CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DO QUEIXO)** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

**PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS**

**1 - INFORMAÇÕES GENÉRICAS:** A Mentoplastia destina-se a diminuir ou aumentar o queixo (mento). Este tem seu posicionamento ideal na face, obedecendo a certos limites, o que confere harmonia ao rosto. Contudo, não é incomum que o queixo apresente uma posição mais avançada ou mais retraída, comprometendo, assim, a beleza e a harmonia do rosto. A Mentoplastia mais comum é aquela que visa corrigir o retro-posicionamento (queixo retraído), e isso é feito por meio da inclusão de uma peça de silicone ou utilizando osso do(a) próprio(a) paciente. Não é possível prever com exatidão o aspecto final, pois serão as condições locais da retração que vão delimitar o tamanho do aumento a ser feito. Quanto à diminuição do queixo, esta será realizada retirando-se parte do osso, o que também encontra limitações naturais acerca do quanto poderá ser diminuído. De igual maneira, o resultado não poderá ser previsto com exatidão. A finalidade principal da Mentoplastia é melhorar o equilíbrio da fisionomia do(a) paciente, mantendo, porém, suas características individuais.

Obs.: A mentoplastia não tem o poder e nem a função de modificar a oclusão dentária (mordida), bem como não substitui a realização de cirurgia ortognática na mandíbula e/ou maxilar, caso estes procedimentos já tenham sido indicados ao paciente por seu profissional de confiança.

**2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:**

- 1. Tipo de anestesia:** tratando-se apenas de correção do mento (queixo), a anestesia será local (com ou sem sedação, dependendo do caso), todavia, se o ato cirúrgico estiver associado a outras intervenções, poderá ser utilizada a anestesia geral.
- 2. Tempo de duração da cirurgia:** em média 1 hora, podendo ser maior.
- 3. Período de internação:** 1 a 2 horas, podendo variar para mais, de acordo com a reação de cada paciente.
- 4. Retirada dos pontos:** geralmente não há pontos externos para serem retirados.
- 5. Cicatrizes:** quando o aumento ou a diminuição do queixo são feitos por dentro da boca, as cicatrizes ficarão ocultas entre o lábio e a gengiva. Quando o aumento é realizado através da pele, sob o queixo, será feita uma pequena incisão na parte inferior do queixo. Esta cicatriz, nos primeiros meses de pós, se mostrará mais dura, um pouco elevada e avermelhada. Posteriormente, dependendo do tipo e pele do(a) paciente, e na maioria dos casos, ficará bem pouco aparente. Quando é feita apenas a enxertia de gordura, não existirá cicatriz, todavia, este é um caso restrito.
- 6. Dor no pós-operatório:** geralmente não há dor; se houver é mínima. Em havendo, debela-se com uso de analgésicos comuns. O mais frequente é que o(a) paciente sinta uma sensação de volume local, causada pelo edema (inchaço) natural no pós do procedimento cirúrgico.
- 7. Curativos:** é utilizado um curativo local cuja finalidade é a de ajudar a manter a prótese imobilizada, além de servir de proteção a eventuais traumatismos que possam ocorrer nos primeiros dias. Não molhar o curativo
- 8. Repouso:** dependendo do tipo de atividade, apenas um dia de repouso será suficiente. Casos especiais poderão demandar cuidados por mais dias. Falar com seu médico sobre isto. Todavia não é necessário repouso absoluto.
- 9. Dieta:** ingerir apenas alimentos moles (pastosos) nos primeiros 4 dias.
- 10. Perda da prótese:** a prótese usada na mentoplastia de aumento pode vir a ser eliminada, o que é raro, e quando isto ocorre é devido a problemas surgidos no pós-operatório, tais como infecção, traumatismo sobre a

área operada, hemorragia etc. Nesses casos, retira-se a peça mediante uma simples cirurgia sob anestesia local. Posteriormente, poderá ser reintroduzida uma nova prótese.

**11. O ato de conversar:** evite falar desnecessariamente nos primeiros 4 dias de pós-operatório.

**A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:**

1. Informar, até a véspera da cirurgia, casos de virose, febre, infecção na garganta e, principalmente, algum dente da arcada inferior que esteja infeccionado ou inflamado (neste caso há que tratá-lo antes de se submeter à Mentoplastia).
2. Internar-se no hospital/clínica determinado(a) no dia e hora indicados na guia de internação.
3. Em caso de anestesia local, permite-se uma refeição leve até 2 horas antes da cirurgia. Em se tratando de anestesia geral, manter-se em jejum de 12 horas.
4. Comparecer à internação acompanhado(a).

**3 – RISCOS:**

1. Além dos riscos inerentes a toda e qualquer cirurgia, ainda a Mentoplastia pode apresentar os seguintes riscos: aumento ou diminuição insatisfatórios ao(à) paciente, devido às limitações determinadas pelo próprio local da cirurgia. (Conforme já comentado acima nas "INFORMAÇÕES GENÉRICAS").
2. No aumento de queixo pode haver deslocamento ou exposição da prótese, sendo esta retirada em caráter provisório (ou definitivo em situações raras). Infecção local. Endurecimento dos tecidos no local da cirurgia, por contratura capsular (na prótese). Deslocamento da prótese, requerendo reposicionamento da mesma. Acúmulo de sangue ou secreções no local da cirurgia, levando a hematoma, seroma ou abscesso. Cicatrizes aparentes.
3. Muito raramente pode ocorrer: erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local.
4. Na diminuição do queixo pode ocorrer flacidez ou pequeno excesso de pele na região do pescoço. Alterações na sensibilidade local podem ocorrer tanto no aumento, quanto na diminuição do queixo.

**B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:**

1. Evitar sol, friagem e traumatismo no local da cirurgia nos 20 primeiros dias de pós-operatório.
2. Escovar os dentes com muito cuidado, usando apenas escova macia e pequena (infantil).
3. Não se preocupar com o edema (inchaço) do queixo, que é natural e pode persistir por dias ou semanas, mas, geralmente, já se mostra pouco evidente após 20 dias.
4. Alimentar-se com alimento pastoso nos primeiros 4 dias e evitar, posteriormente, alimentos sólidos que exijam mastigação intensa. Aguardar a liberação de seu médico para tanto.
5. Retornar ao consultório nos dias e horários preestabelecidos.
6. O bom resultado final também depende de você, então não deve ficar puxando os lábios para tentar visualizar os pontos.
7. Permanecer em seu domicílio nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar.
8. Voltar ao trabalho após o 5º dia de pós-operatório.
9. Caminhadas esportivas só após 20 dias de pós.
10. Esporte que necessite colocar a face e o pescoço em movimento ou que coloque esta região em risco, só após 30 dias.
11. Sol direto e intenso liberado após 45 dias, mas com uso de protetor solar e desde que não apresente manchas rochas.
12. Para mulheres: maquiagem possível após 5 dias.
13. Para homens: barbear-se com cuidado na área operada após 5 dias.
14. Alta completa: após seis meses, quando será feita nova sessão de fotos para avaliação da qualidade dos resultados.
15. Caso necessite se submeter a uma cirurgia de retoque ou refinamento do procedimento feito, lhe será indicada qual a data mais conveniente e apropriada para isto.

16. O médico não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.
17. 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.
18. Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

**Lembrete:** Toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar um retoque ou refinamento para atingir um melhor resultado. Fale sobre isto com seu médico e se informe, desde já, qual a melhor data para este procedimento.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DO QUEIXO)** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DO QUEIXO)** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

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 anestesiológico 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.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

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 serem 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.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

## CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (cirurgia plástica do queixo)

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. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura

### TESTEMUNHAS

#### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

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

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

#### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

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

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

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DO QUEIXO)** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

### INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

#### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

#### O PROCEDIMENTO

- 1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 – Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

#### OUTRAS ANOTAÇÕES

