

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS

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 MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS** 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 mastopexia (levantamento das mamas) associada à colocação de implantes é uma das cirurgias mais realizadas atualmente. Normalmente, os implantes são usados nestes casos para preencher os polos superiores, área que geralmente encontra-se bastante vazia e deprimida. É importante entender que este tipo de procedimento se faz necessário pelo fato da paciente possuir pele fina, geralmente com estrias, mamas caídas e tecido mamário flácido com predominância de tecido adiposo (gordura). SENDO OBJETIVO, A MASTOPEXIA COM USO DE IMPLANTES É PARA CASOS RUINS EM QUE A RELAÇÃO CONTEÚDO/CONTINENTE (PELE/RECHEIO MAMÁRIO) SE ENCONTRA BASTANTE ALTERADA.

### **2 - ORIENTAÇÕES GERAIS:**

#### **Infecção relacionada à assistência à saúde**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manter uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

### **3 - ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:**

**1. Tempo de duração do ato cirúrgico:** vai depender do tipo da mama a ser operada. A média é de 4 horas.

**2. Período de internação:** em geral, 12 horas.

**3. Evolução pós-operatória:** até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características do período evolutivo pós-cirúrgico:

**Cicatrização:** as cicatrizes variam de acordo com o tamanho das mamas a serem reduzidas. A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo. QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA DE MAMAS SÓ PODERÁ SER FEITO APÓS O PERÍODO DE 18 MESES.

**Tamanho, Consistência e Forma:** com a cirurgia, não só as mamas podem ser melhoradas como a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrização, também as "novas mamas" vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentar um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de insensibilidade ou de

hipersensibilidade do mamilo. Pode ainda ocorrer edema (inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual a mama vai atingir seu aspecto definitivo, no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e

sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

**4. Cicatrizes antiestéticas:** certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a cicatrizes hipertróficas ou à formação de quelóide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão sua forma definitiva.

**5. Dor no pós-operatório:** uma mastoplastia de evolução normal não deve apresentar dor e, para isso, é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à movimentação dos braços, ao esforço físico e aos demais cuidados nos primeiros dias.

**6. Curativos:** utilizam-se curativos elásticos e modeladores, especialmente adaptados a cada tipo de mama, que devem ser trocados periodicamente.

**7. Retirada dos pontos:** em média, são retirados em torno do 10º ao 30º dia.

**8. Banho completo:** a paciente poderá tomar seu banho completo após 5 dias. Contudo, alguns casos poderão necessitar de cuidados especiais sobre a área operada, sendo então recomendado evitar o umedecimento do local por 8 dias.

**9. Uma nova gravidez:** caso ocorra, o bom resultado da mastoplastia pode ser preservado pelo controle de peso durante a gestação. Quanto à capacidade de lactação, em caso de mamas muito grandes que demandaram uma redução muito acentuada, aquela função poderá ficar prejudicada. Em casos de média e pequena redução, a lactação geralmente é preservada.

**10. Retorno à ginástica:** geralmente isto pode se dar após 90 dias, desde que não exercite os músculos peitorais.

### A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado pelo seu cirurgião.
3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo a não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

### B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar esforço físico nos primeiros 30 dias.
2. Não movimentar os braços em excesso. Obedecer às instruções que serão dadas por ocasião da alta hospitalar, relativas à movimentação dos membros superiores.
3. Evitar molhar o curativo até que receba autorização para tanto.
4. Não se expor ao sol ou friagem por um período mínimo de 60 dias.
5. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
6. Voltar ao consultório para a troca de curativos e controle pós-operatório nos dias e horários marcados.
7. Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica).
8. Devido ao fato de estar se sentindo muito bem, a paciente, às vezes, pode esquecer-se de que foi operada recentemente, permitindo-se esforços prematuros que poderão lhe trazer prejuízos.
9. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o (a) cirurgiã(o).
10. O bom resultado final também depende de você.

**Lembrete importante:** toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar refinamento.

- Não existirá mudança na consistência da mama após a cirurgia, com exceção dos casos onde existe a inclusão de um implante de silicone concomitantemente à retirada da pele;
- Poderá ocorrer dificuldade ou ausência de lactação após a cirurgia de mastoplastia, sendo, porém, possível a amamentação numa grande porcentagem de pacientes;

- Poderão ocorrer alterações da sensibilidade das aréolas, sendo estas mais comuns em mamas gigantes e após mamoplastias secundárias/terciárias. Estes sintomas podem perdurar por um período indeterminado e mais raramente são permanentes;
  - Poderá ocorrer perda de vitalidade (necrose) parcial ou total da aréola, sendo estes fatos mais frequentes em mamas gigantes, pacientes após cirurgia bariátrica e naquelas mamas operadas mais de uma vez. O tratamento consiste inicialmente de curativos e posteriormente à reconstrução do mamilo (se necessária) é feita com pequenos retalhos locais, sendo a reconstrução da aréola feita com dermopigmentação (tatuagem);
  - Poderá ocorrer sofrimento de pele e abertura (deiscência) de pontos após uma mamoplastia, sendo estes fatos mais frequentes em mamas gigantes, pacientes após cirurgia bariátrica e naquelas mamas operadas mais de uma vez. O tratamento consiste em curativos e sutura das áreas deiscências caso seja necessário. Poderá num período mais tardio ser necessário um refinamento das cicatrizes;
  - Poderá ocorrer endurecimento de uma pequena porção da glândula mamária (necrose gordurosa) após a cirurgia, devendo esta ser acompanhada clinicamente e menos frequentemente necessitará de retirada cirúrgica. Este problema ocorre mais em mamas já operadas (mamoplastias secundárias) e em mamas que já foram irradiadas (radioterapia) para tratamento de câncer de mama. A necrose gordurosa é benigna, mas devem sempre ser feitos exames complementares e acompanhamento com o médico mastologista;
  - No caso da mamoplastia associada ao uso de implantes de silicone, poderá haver infecção / rejeição dos implantes mamários, levando à formação de seromas (líquido entre o implante e a mama), contraturas, deslocamentos e rotura, com possível deformação da mama e perda do resultado estético inicialmente obtido. Estas reações podem ocorrer uni ou bilateralmente, em período precoce ou tardio após a cirurgia e em muitos casos pode haver a necessidade do uso de antibióticos, drenagens e até a troca precoce ou retirada definitiva dos implantes;
  - Os fabricantes dos implantes de silicone garantem sua alta qualidade, mas não é possível prever sua durabilidade. Em geral, a troca é feita entre 10 a 20 anos após sua colocação, tendo como base queixas clínicas de desconforto local, endurecimento, aumento de sensibilidade e de exames diagnósticos específicos, estando a paciente ciente desta possibilidade;
  - Poderá ocorrer dificuldade na visualização completa das mamas em exame de mamografia quando existe a presença de implantes de silicone. Por esta razão as pacientes devem procurar serviços de diagnóstico com profissionais treinados na realização de MANOBRAS ESPECIAIS que afastam o implante da hora do exame e permitem resultados diagnósticos semelhantes àqueles realizados em mulheres que não possuem implantes de silicone nas mamas;
- a- A melhora a ser obtida será baseada na situação inicial pré-operatória individual, e não em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;
- b- Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz, que será permanente e com intensidade variável, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis.
- c- Poderá ocorrer alargamento de cicatrizes após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um refinamento cirúrgico posterior;
- d- No caso de cicatrizes queloidianas ou hipertróficas, no qual o tratamento clínico com massagens, fitas de silicone e infiltração com corticoides não for efetivo, poderá ser necessário o refinamento cirúrgico de cicatrizes em ambiente ambulatorial / hospitalar e o tratamento adjuvante com betaterapia (radioterapia) das áreas afetadas;
- e- Poderá haver inchaço (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos frequentemente por meses;
- f- Poderá haver manchas na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e muito raramente serão permanentes;
- g- 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;
- h- Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;
- i- Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos. Em algumas cirurgias como na abdominoplastia existirá em todos os casos um grau variável de alteração de sensibilidade na porção inferior do abdome operado;
- j- Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica (necrose) e deiscência (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas 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 e novo(s) procedimentos(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;

k- Poderá haver infecção / rejeição de implantes de silicone, levando à necessidade de tratamento com antibióticos, drenagens e até a retirada dos mesmos;

l- Poderá ocorrer um processo infeccioso na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

m- Poderá ocorrer trombose das veias das pernas após a cirurgia, levando à necessidade de tratamentos medicamentosos prolongados, uso de meias compressivas e até de internação hospitalar. Os riscos desta complicação estão relacionados a diversos fatores que incluem: tempo prolongado de cirurgia, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, doenças hematológicas, reumatologias e doenças cardiovasculares, incluindo arritmias do coração e varizes de membros inferiores, presença de neoplasia, uso de anticoncepcionais e reposição hormonal, imobilização no leito, cirurgia em pelve, associação da cirurgia plástica com cirurgia ginecológica/ortopédica entre outras. Uma pequena porcentagem de pacientes que desenvolvem trombose venosa profunda podem evoluir com embolia pulmonar, que em casos graves pode levar à insuficiência respiratória aguda e ao óbito;

n- Poderá haver a necessidade de transfusão sanguínea, em caso de hemorragias, cirurgias de grande porte e em decorrência de processos infecciosos, devendo o(a) paciente estar ciente de que este tratamento somente será realizado em caso de extrema necessidade;

o- 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;

p- Poderá ocorrer alergia aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;

q- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de refinamentos ou cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado e devo respeitar prazo mínimo de pelo menos 6 meses para fazê-lo.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_,

autorizo a realização da **CIRURGIA DE MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS** 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 MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS** 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.

Eu declaro estar ciente que depois de minha total recuperação, se for necessária alguma revisão para atingir um melhor resultado, esta será feita de seis a doze meses após a cirurgia plástica, preferencialmente no Centro Cirúrgico de um Hospital, sendo que as taxas hospitalares, de anestesia, de material e eventual troca de próteses, serão pagas por mim. Os valores serão confirmados no período da revisão.

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.

Eu entendo que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias, envolvendo risco para a vida serem raras.

Eu entendo que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que, não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à "aparência visual de idade" ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos.

Eu me comprometo a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e

orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar.

Concordo e me comprometo também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizado o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico.

Eu compreendo e concordo que a eventual necessidade de refinamentos acarretará em custos adicionais, referentes às despesas médico-hospitalares.

Eu compreendo e aceito o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização.

Eu afirmo ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e à poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas à minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias.

Eu me comprometo a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias.

Eu declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa; fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório inclusive, a solicitar, segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Eu autorizo o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; entendo também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada.

Estou ciente, que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano, em cada paciente após a cirurgia. Ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou condições de moradia que o impossibilitem (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e ainda de deslocamento desfavorável (transporte público).

Eu tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo o cirurgião e toda sua equipe a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas, verbalmente pelo médico e que estou convicto(a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos; igualmente, estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

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.

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 todo o **PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE MASTOPEXIA COM O USO DE IMPLANTES MAMÁRIOS** 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.

