

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL

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 DO REJUVENESCIMENTO FACIAL** 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 prestadoras 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: O objetivo da cirurgia conhecida como “face lift” ou, também, “lifting de face” é amenizar os sinais do envelhecimento facial, pois sabe-se ser impossível voltar a ter o mesmo aspecto facial dos anos de juventude. Ou seja, não será possível devolver-lhe a face que você tinha aos 18, 20, 30 ou 40 anos. Entretanto, será possível atenuar as marcas da maturidade, conferindo-lhe um aspecto mais agradável e mais descansado. Portanto, é muito importante que você tenha uma clara compreensão das possibilidades e limitações do resultado desta cirurgia, antes de optar pela mesma. Primeiramente você deve estar ciente de que não é possível prever, com exatidão, o aspecto final após uma cirurgia de rejuvenescimento facial, pois cada pele e cada paciente apresentam características próprias, as quais podem interferir na qualidade do resultado final e, também, na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios. Algumas rugas permanecerão e necessitarão outros tratamentos opcionais complementares como Peeling, toxina botulínica e preenchimentos. É possível, no entanto, atenuar os sinais do envelhecimento e da flacidez, proporcionado à sua face um aspecto mais descansado e bem disposto.

2 - SOBRE OS OUTROS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES:

Para a complementação do seu rejuvenescimento, talvez sejam necessários outros tratamentos complementares, dentre os quais:

1) Peeling – que é a aplicação de substâncias químicas sobre a pele para a renovação da sua camada superficial, diminuindo a profundidade das rugas que permanecem após a cirurgia. Oferece uma boa melhora para a pele do tipo “marcada pelo sol”.

2) Toxina botulínica – usa-se a aplicação da toxina antirugas para diminuir as marcas musculares, principalmente na testa e, também, aquelas que aparecem durante o ato de sorrir, bem como os denominados “pés de galinha”. Embora o efeito deste tratamento seja, em média, de apenas 06 meses (podendo variar para mais ou para menos), todavia, sua ação beneficia muito a expressão e protege a pele de novas marcas, pois diminui a contração muscular.

3) Preenchimento – este pode ser realizado com várias substâncias, visando atenuar aquelas rugas ou sinais remanescentes à cirurgia e, ainda, resistentes aos Peelings e à toxina botulínica. De duração variável (em média de um a dois anos), são de grande efeito para o resultado final de um tratamento de rejuvenescimento.

Todos estes tratamentos e, ainda, as aplicações de laser, são possibilidades alternativas e só serão realizadas em pacientes que desejarem uma melhora adicional à sua face. Cada qual terá características, riscos e custos adicionais.

3 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

Face Exposta – Normalmente ataduras são usadas nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Procure não se impressionar com seu aspecto após a cirurgia, pois o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) vão aparecer e são absolutamente normais nesta fase. Entretanto, dia após dia apresentarão melhora, até sua recuperação completa. Só então você poderá começar a ver o resultado obtido com a cirurgia.

Touca – ao sair da Clínica, você estará usando uma faixa de velcro, para seu maior conforto, principalmente ao dormir. Ela deve ficar confortável, sem apertar excessivamente a face.

Drenos – apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte à cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.

Náusea – poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;

Dor – a região operada ficará amortecida, sendo pouco frequente dor local. Poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado), além de eventual prurido (coceira), por aproximadamente 3 dias.

Manchas Roxas (equimoses) – poderão estar presentes no pescoço e ao redor dos olhos, desaparecendo, em média, após 20 dias. Contudo, após 7 dias, você já poderá usar cosméticos para escondê-las.

Edema (inchaço) – é discreto, e dia a dia fica progressivamente menor. Será mais intenso pela manhã, podendo se localizar nas laterais do pescoço e na região dos olhos, dificultando o abrir das pálpebras, nos três primeiros dias.

Manchas Vermelhas – podem ocorrer no “branco dos olhos”, sendo até mesmo frequentes, mas logo desaparecem.

Fechamento Incompleto dos Olhos – é normal nos primeiros dias após a cirurgia.

Lacrimejamento – pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema.

Visão Embaçada – pode ocorrer e geralmente será devido à pomada oftálmica aplicada nos olhos, antes de dormir.

Grumos – pequenos coágulos poderão ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente, 06 meses após a cirurgia.

Cicatrizes – as cicatrizes estarão nos locais que seu médico lhe mostrou nas consultas, antes da cirurgia, ou seja: nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo. No início, poderão ser pouco elevadas, firmes e avermelhadas. Posteriormente, ao longo de semanas e meses, essas cicatrizes ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características de sua pele. Embora a imensa maioria dos(as) pacientes conviva bem com suas cicatrizes, nenhum cirurgião poder oferecer garantias sobre a qualidade final das mesmas. Esta é uma variável biológica, pois cada organismo cicatriza à sua maneira, portanto este é um risco que você precisa aceitar, antes de ter sua face operada.

Depressão – ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em paciente com antecedentes semelhantes. A cirurgia de rejuvenescimento é uma cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer certa apreensão e alguns questionamentos para muitos(as) pacientes. Estas sensações são gradativamente substituídas pela integração de uma nova imagem, uma face que você nunca teve antes, mas que preserva os traços básicos de sua pessoa e de sua personalidade. Após sua recuperação você terá um aspecto mais jovial, porém natural, como se não tivesse sido operada. Sempre que necessário, procure seu médico, ele terá prazer em lhe oferecer o apoio que você precisa.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

- Não toque nas áreas operadas.
- Dieta – prefira alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos três primeiros dias.
- Evite falar excessivamente nos três primeiros dias.
- Repouso – não faça repouso excessivo, movimente-se dentro de casa. Ao dormir não use travesseiro.
- Compressas geladas – até o 3º dia use chá de camomila gelado, por 30 minutos, a cada 2 horas, enquanto estiver acordado(a).
- Use a faixa enquanto lhe for confortável. Não deverá ficar apertada, nem fazer pressão no pescoço.
- Lavagem do cabelo – somente após o 2º dia, com muito cuidado, usando água morna e Soapex Cremoso. Secador, somente o manual e com moderação e ar morno.
- Meia Elástica (compressão suave) – deverá ser usada por 30 dias (só tirar para o banho); previne a trombose.
- Óculos, TV e Leitura – se você tiver condições de usufruí-los, estão liberados desde o 2º dia (sem forçar).
- Retirada dos pontos – inicia-se no 4º dia após a cirurgia.
- Trabalho – iniciar somente após 15 dias de pós-operatório.
- Caminhadas esportivas – somente após 20 dias (evite sol e use óculos escuros);
- Sol direto na face – só após 4 meses, se tiver sido realizada dermoabrasão associada à cirurgia. Ou, então, após 2 meses se esta não foi associada. Use sempre protetor solar (FPS 30), além de chapéu e óculos. Não há contraindicação à exposição trivial ao sol como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 5º dia da cirurgia.
- Maquiagem leve ou corretiva – somente após o 7º dia.
- Shampoo e Rinse – somente após o 7º dia (antes use Soapex).
- Dirigir – somente após 10 a 15 dias.
- Lentes de contato – somente após 15 a 30 dias.
- Natação – somente após 60 dias, porém com óculos do tipo usado em Jet-ski, para evitar compressão na área operada.
- Tintura de cabelo e Secador de Salão – somente após 30 dias.
- Hidratantes e Cremes de Limpeza – usar somente os prescritos por seu médico.

- Drenagem Linfática e Ultrassom – se necessários, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico.

- Atenção: 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. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

Tenha sempre em mente que o bom resultado final da sua cirurgia também depende de você.

4 – SOBRE A ALTA CIRÚRGICA:

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com sessão fotográfica para controle de qualidade dos resultados. Provavelmente, já receberá alta da cirurgia, e será orientado(a) sobre a segunda e terceira etapas opcionais (enxerto estrutural de células adiposas e peeling químico, se for inverno). Outros tratamentos, tais como toxina botulínica e/ou injeções de preenchimento, poderão, também, ser recomendados por seu médico. Em alguns casos poderá haver a indicação de uma complementação da cirurgia realizada, conhecida como “retoque” ou “refinamento” do resultado final, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior. Estes são procedimentos muito menores em relação à cirurgia já realizada. Converse com seu médico sobre qual a época mais conveniente para a sua realização.

5 – RISCOS:

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia e anestesia, a cirurgia de Rejuvenescimento Facial ainda apresenta os seguintes riscos: pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo(a) paciente), lacrimejamento, exposição do branco do olho (lagofalmo/ectrópio), persistência de bolsas gordurosas, raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos, alteração na lubrificação do olho, alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta [em homens] ou alargamento da testa), perda de área de pele (necrose), com consequente cicatriz ou mancha local, alteração na mobilidade da testa, edema (inchaço) persistente, assimetria ou abaixamento de supercílio, perda temporária do movimento de alguma região da face, lesão na glândula parótida, manchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão, quelóides. O seu médico está à sua disposição para explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes ocorram.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

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

autorizo a realização da **CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL** 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 DO REJUVENESCIMENTO FACIAL** 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.

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 DO REJUVENESCIMENTO FACIAL** 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 _____

Nome 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