

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

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 ao **PROCEDIMENTO DE LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA** 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:**

**CONCEITO:** lipoaspiração é o nome dado a uma técnica cujo objetivo é a retirada parcial das gorduras localizadas, as quais modificam o contorno corporal. Por sua vez, a Lipoenxertia consiste em injetar a própria gordura retirada, com a finalidade de modelar partes do corpo ou preencher depressões. Tanto a lipoaspiração quanto a Lipoenxertia não são tratamentos para a obesidade, bem como não substituem a necessidade de emagrecimento ou de praticar exercícios físicos.

**Após a retirada parcial de gordura**, a pele se acomodará, em graus variáveis, sobre a musculatura e sobre a gordura remanescente, melhorando o contorno corporal. No entanto, não é possível prever o formato final a ser atingido por qualquer um destes procedimentos, pois a pele se retrairá, em diferentes intensidades, sobre a área tratada, e a maneira como isto se fará dependerá de vários fatores, tais como: aporte genético, idade, presença de estrias e número de gestações.

**A quantidade de gordura** que pode ser retirada, com segurança, varia de paciente a paciente, dependendo das condições locais da pele, do estado geral do(a) paciente e da perda sanguínea, ocorrida durante a execução do procedimento. Há, também, uma Resolução do Conselho Federal de Medicina que prevê o máximo de gordura a ser retirada por quilo de peso corporal do(a) paciente, e o médico, por uma obrigação ética, vai observar tal conduta.

Quanto à **Lipoenxertia**, esta se destinará a preencher depressões existentes no contorno corporal, como, por exemplo, na região glútea ou, ainda, em depressão decorrente de lipoaspiração, de infecção ou de traumatismo. Importante lembrar que este tipo de preenchimento, embora seja gratificante, todavia, poderá ter uma duração temporária e transitória, isto porque o aumento ou a correção local, obtidos com a injeção de gordura, poderão ser parcial ou totalmente absorvidos, em tempo que varia de paciente a paciente.

**Refinamentos** são prováveis e esperados nesse tipo de procedimento, seja para corrigir pequenos excessos remanescentes de gordura, seja para restaurar alguma depressão localizada. Portanto, a necessidade deste tipo de procedimento não é consequência de um "erro do cirurgião", mas, sim, da busca de um refinamento do resultado final, previsto e usado na área da cirurgia plástica do mundo todo.

**Evite aumentar de peso**, pois, caso isto ocorra, o resultado obtido pela lipoaspiração poderá ser prejudicado.

#### **2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:**

**Anestesia:** A cirurgia de lipoaspiração pode se dar sob várias técnicas anestésicas, dentre as quais: a sedação intravenosa, os bloqueios peridurais, as raquianestésias e as anestésias gerais. A técnica a ser ministrada, no seu caso, será esclarecida por seu cirurgião e/ou pelo anestesiológico.

**Transfusão sanguínea:** Em casos raros pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Em isso ocorrendo, o(a) paciente receberá os esclarecimentos necessários e dará sua autorização para esta eventual reposição.

**Período de recuperação:** é variável de pessoa para pessoa, mas, em média, no caso de uma lipo mais extensa, pode girar em torno de 10 dias.

**Alimentação:** a alimentação adequada é importantíssima para prover o restabelecimento do organismo, e, para que isso se dê da melhor maneira, seu corpo vai precisar de calorias, sais minerais e proteínas. Portanto, nessa fase, esqueça os regimes.

**Edemas e equimoses:** até o 20º dia de pós-operatório, o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) estarão presentes e farão parte do quadro normal de uma lipo. Este prazo, porém, pode ser maior ou até menor, variando de pessoa para pessoa. O edema estará mais acentuado pela manhã, e será ele que impedirá que você veja o resultado final dentro de um espaço de tempo, variável de 1 a 3 meses.

**Cuidado especial:** as regiões que receberam enxerto de gordura (Lipoenxertia) merecem um cuidado especial, não devendo haver pressão nesses locais para evitar a reabsorção exagerada da gordura enxertada. Quando esse tipo de enxerto se fizer na face lateral dos glúteos, o(a) paciente não deverá deitar-se de lado, evitando, assim, a compressão prejudicial nas regiões enxertadas.

**Dor:** moderada a mais acentuada, em especial na região mais baixa das costas (lombar). Todavia, a sensação dolorosa que existe quando o(a) paciente se movimenta, costuma não ocorrer quando está em repouso. Seu controle se faz, também, por meio do uso de analgésicos.

**Náuseas:** poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Sangramento nas cicatrizes: é normal que ocorra, principalmente no primeiro dia.

**Nódulos:** poderão ser sentidos à palpação, todavia desaparecem no decorrer do pós-operatório. Estes nódulos podem conter coágulos ou gordura residual. Quando persistem após 6 meses de pós-operatório, e se ainda forem visíveis, poderão requerer pequenos retoques.

**Equimoses:** (manchas roxas). Estas serão bastante frequentes em um procedimento de lipoaspiração, podendo ser encontradas nas áreas lipoaspiradas ou muito abaixo delas, como, por exemplo: na vulva, no pênis, nas pernas e nos pés. Desaparecerão, progressivamente, em média, ao longo de até 1 mês e meio.

Amortecimento: poderá estar presente em algumas regiões, mas é transitório.

**Repouso:** ficar na cama somente para o período normal de sono. Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço), bem como os riscos do tromboembolismo.

**Caminhar:** de maneira normal, sem arrastar os pés, usando meia elástica (suave compressão) por 30 dias. O uso da meia é para prevenir a trombose venosa profunda (TVP).

**Banho:** liberado a partir do 2º dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5º dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira.

**Modelador:** uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-lo quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço). O modelador não deve marcar a pele: é aconselhável usar espuma bem fina (tipo esponja de banho), sob o mesmo.

**Fitas de Micropore:** não retirá-las para troca. Caso haja um sangramento maior, poderá ser feita a limpeza local, usando água oxigenada e, após, colocando fita limpa por cima da já ali existente.

Ficar no domicílio nas primeiras 24 horas, sem sair. Mas começar a andar após 4 a 5 horas depois da cirurgia.

**Trabalho:** reiniciar após 4 dias.

**Caminhadas esportivas:** após 10 dias.

**Sol:** somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele, geralmente, após 2 meses. Usar protetor solar.

**Dirigir automóvel:** após 5 dias, caso se sinta apto(a) para isso.

**Natação e ginástica:** após 45 dias de pós-operatório.

**Drenagem linfática e ultrassom:** seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1ª semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

**Alta completa:** após 6 meses, quando será submetido(a) a nova consulta e fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização. Quando isso ocorrer, você voltará a usar modelador por mais por mais 30 dias.

**Resultado final:** o resultado final de uma lipo costuma ser melhor avaliado, e visível, após o 90º dia, podendo este espaço temporal variar de paciente para paciente.

### **3 – RISCOS:**

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico, a Lipoaspiração e a Lipoenxertia apresentam, ainda, os seguintes riscos: manchas avermelhadas e arroxeadas (equimoses), contorno insatisfatório, ou seja, diferente do idealizado pelo(a) paciente, áreas residuais de gordura, áreas de depressão, marcas na pele, flacidez local pela não acomodação ideal da pele e, por fim, tromboembolias.

#### **Lembretes importantes:**

1. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
2. 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.
3. Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
4. 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).

5. Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

**Sobre Dúvidas:** antes de se definir pelo procedimento de Lipoaspiração e Lipoenxertia 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 **PROCEDIMENTO DE LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA** 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 o **PROCEDIMENTO DE LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA** 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

## ANEXO 100 – LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

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 LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA** 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.
- 5

#### OUTRAS ANOTAÇÕES