

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE OTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DA ORELHA – ORELHA DE ABANO)

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 **OTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DA ORELHA – ORELHA DE ABANO)** 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:

Objetivo da cirurgia: modificar a posição da orelha com o intuito de diminuir o aspecto da denominada “orelha de abano”, contribuindo assim para o bem-estar psicossocial do indivíduo e, principalmente, das crianças em idade escolar, devido aos comentários e/ou zombaria dos colegas. Todavia, nada impede que tal correção se faça em outras fases da vida.

Limitações no resultado da cirurgia: importante frisar que não existe uma orelha igual a outra. Mas, nem sempre estas diferenças naturais são percebidas pelo paciente antes da cirurgia. O que muda com a cirurgia é que a orelha terá um aspecto mais normal, sendo posicionada mais próxima da cabeça e com seu relevo mais pronunciado. Entretanto, as demais características já existentes, como assimetrias e contornos, serão mantidas. O tamanho da orelha não será diminuído, a não ser em situações especialíssimas e, portanto, raras.

2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1. Tipo de anestesia:** em crianças, anestesia geral. Em adultos, pode ser local com sedação assistida, ou outra, a critério dos médicos (cirurgião e anestesiológico).
- 2. Tempo de duração da cirurgia:** quando bilateral, em média 60 minutos. Sendo unilateral, 30 minutos.
- 3. Período de internação:** com anestesia geral, 24 horas. Com local, 3 a 6 horas.
- 4. Cicatrizes:** a cicatriz desse tipo de cirurgia fica quase imperceptível, em razão de localizar-se atrás da orelha, próxima ao cabelo. No início podem ficar mais espessas e avermelhadas, melhorando normalmente com o passar do tempo. Sendo uma região de pele muito fina, a tendência da cicatriz é ficar quase inaparente.
- 5. Dor no pós-operatório:** geralmente, a dor é bastante suportável; se houver, será reduzida com o uso de analgésicos.
- 6. Náuseas:** podem ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
- 7. Curativos:** a proteção da cicatriz é feita com pequenos curativos e a orelha é protegida, nos primeiros dias, com uma touca elástica (principalmente em crianças), o que previne traumatismos locais. Não deverá retirar a touca por, pelo menos, dois dias. Depois de retirada, deverá continuar usando-a em casa, ou quando for dormir, até completar 45 dias de operado(a). Se necessário, a orelha pode ser envolvida com uma fina película gessada, que será mantida pelo período de 2 semanas.
- 8. Retirada dos pontos:** os pontos são retirados por volta do 7º ao 8º dia de pós-operatório, devendo ser agendados o dia e hora para tanto.
- 9. Resultado definitivo:** é variável, de pessoa para pessoa, no entanto, após 12 semanas já será possível fazer uma avaliação; todavia a alta completa se dará após seis meses, quando o(a) paciente será submetido(a) a exame e novo estudo fotográfico para controle de qualidade dos resultados. Em casos raros poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e ou da cicatriz (caso tenha tendência para formar quelóides).
- 10.** Lembrar sempre que um lado do corpo nunca é igual ao outro, assim, uma pequena assimetria é possível de ser observada, mesmo após a cirurgia, o que também ocorre com as pessoas que têm orelhas normais, já que não existe simetria absoluta na natureza.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar, até a véspera da cirurgia, se você apresentar alguma ocorrência, tal como gripe, febre, infecção ou algo semelhante.

OTOPLASTIA (cirurgia plástica da orelha – orelha de abano)

2. Obedecer ao horário estabelecido para a internação. Vir acompanhado(a).
3. Em caso de anestesia local, permite-se uma refeição leve até 2 horas antes da cirurgia. Tratando-se de anestesia geral ou sedação, manter jejum por um período de 6 horas antes da cirurgia.
4. Lavar os cabelos na véspera da intervenção. Caso tenha cabelos compridos e decida cortá-los, deixe isso para um período posterior à cirurgia, pois eles ajudarão a disfarçar a área operada.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 20 dias.
2. Dieta livre.
3. Comparecer ao consultório para controle pós-operatório, nos dias e horários indicados.
4. Atividades escolares ou profissionais, recomeçar em torno de 3 a 7 dias após a cirurgia.
5. Caminhadas esportivas – após 10 dias (evitar sol).
6. Outros esportes – após 20 dias (exceto os esportes que coloquem a orelha em risco, como jiu-jitsu ou judô, os quais só serão liberados com 3 meses de pós-operatório).
7. Sol intenso direto na face – após 20 dias, usando protetor solar.
8. Uso de óculos – quando apoiado à orelha, somente 1 mês após.
9. Lavagem do cabelo – com cuidado poderá ser liberada no 3º dia, após a retirada da touca, tendo o cuidado de não dobrar a orelha para frente. Ao limpar e/ou enxugar a pele atrás da orelha, usar apenas cotonetes.
10. Obedecer à prescrição médica.
11. 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.
12. Lembrar que um bom resultado final depende também de você.

3 – RISCOS:

A Otoplastia, além dos riscos gerais de toda cirurgia, bem como da anestesia, pode apresentar os seguintes riscos: assimetria de formas ou de posição entre uma orelha e a outra, alteração na sensibilidade local, cicatrizes aparentes e/ou do tipo queiloideana, dor persistente, infecção nas cartilagens.

Qualquer sensação estranha ou alteração no local da cirurgia deve ser, de imediato, comunicada ao seu(sua) cirurgião(ã).

Lembrete: Toda cirurgia com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de um refinamento ou retoque. Converse com seu cirurgião sobre isto.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **OTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DA ORELHA – ORELHA DE ABANO)** 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 **OTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DA ORELHA – ORELHA DE ABANO)** 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

OTOPLASTIA (cirurgia plástica da orelha – orelha de abano)

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 **OTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DA ORELHA – ORELHA DE ABANO)** 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