

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE RETOQUE  
OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)**

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 RETOQUE OU REFAZIMENTO DE  
CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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. Em se tratando de Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior, não pode-se exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.
2. O(a) cirurgião(ã) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área, já anteriormente operada, pode vir a apresentar.
3. Uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização do **PROCEDIMENTO DE RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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 RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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.

**DE POSSE DESTAS INFORMAÇÕES, DECLARO AINDA QUE:**

1. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que o Festoon Malar se forma em decorrência de vários fatores, tais como: flacidez da pele, flacidez do músculo orbicular, edema peri-orbitário (inchaço ao redor do olho), e acúmulo de tecido celular subcutâneo em pálpebras inferiores. Em razão desta multiplicidade de fatores, não há um consenso sobre qual é a técnica cirúrgica mais indicada para corrigir o Festoon Malar, ficando isto a encargo do(a) cirurgião(ã), que saberá escolher e usar a técnica que melhor se adequará ao meu caso.
2. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico e toda sua equipe a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

3. Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora, quanto à permanência dos resultados atingidos.
3. Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

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.

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 RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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**