

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE

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 a **PROCEDIMENTO DE REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE** 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:** Melhorar, se possível, o aspecto de cicatrizes preexistentes e/ou remover lesões da pele.

**SOBRE AS CICATRIZES:** toda cicatriz é resultado de um grande número de fatores como cor e tipo de pele, idade, relação e reação pessoal às rugas, às articulações e várias outras particularidades. Isso porque, cada local do corpo humano possui pele ou características diferentes, sendo portanto, inconclusivas quaisquer comparações entre cicatrizes em locais diferentes ou no mesmo local, mas em diferentes pessoas. De um modo geral cicatrizes dentro de rugas ou paralelas a estas apresentaram melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas às articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

**TRATAMENTOS COADJUVANTES:** após a cirurgia, o acompanhamento mensal do seu caso indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticóide, radioterapia, dentre outros.

#### **2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:**

**Cicatriz** – após a cirurgia, a cicatriz será um traço fino. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando, em tempo variável, a uma condição tão boa quanto sua pele permitir;

**Fitas de Micropore** – estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento e a presença de coágulos sob elas. Não trocar as fitas na primeira semana. Mais tarde, serão depois trocadas por fitas de silicone ou de silicone gel, além de receberem massagem com creme específico à noite.

**Dor** – pouco intensa;

**Edema (inchaço)** – pode ocorrer na região operada, e também em volta dela;

**Equimoses (manchas rochas)** – são infrequentes, mas podem ocorrer até em locais pouco distantes da região operada, desaparecendo, em média, após 15 a 20 dias;

**Repouso** – não é necessário repouso adicional;

**Dieta** – Livre

**Andar** – Livre, porém se a cirurgia for mais séria, limite-se a fazer caminhadas e subir escadas só o necessário;

**Banho** – Liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas de micropore; se necessário, secá-las com secador de cabelo em temperatura morna;

**Ficar no domicílio** – por 8 horas se foi usada apenas sedação para a cirurgia;

**Retirada de pontos** – geralmente não existem pontos externos. Quando estes forem empregados, serão retirados no 5º ou 6º dia, na face, e no 7º ou 8º dia, quando se localizarem nas outras áreas do corpo;

**Trabalho** – liberado após o segundo dia, se não afetar a área operada;

**Sol** – direto sobre a cicatriz, somente após seis meses, usando filtro solar espesso ou, de preferência, cobrindo-a com fitas de micropore, por 6 meses;

**Esportes** – liberado após o 4º dia, se não afetarem a área operada. Nos casos de revisão de cicatrizes em pernas e braços, para uma melhor possibilidade de melhora estética, deverá haver algumas restrições dos movimentos por um período de 1 a 2 meses;

Esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombro, peitoral e dorso, natação, aeróbica) – nas revisões de cicatrizes, somente após 4 meses;

**Exame anatomopatológico** – quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las, juntamente com a requisição, ao Laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou no freezer);

**Andar** – livre, porém, se a cirurgia for nas pernas, limite ao máximo a movimentação destas e evite escadas;

**ALTA COMPLETA** – após 6 meses, você será submetido(a) a uma nova consulta, ocasião em que serão tiradas fotos pós-operatórias e feito o controle de qualidade dos resultados. Se houver possibilidade de alguma melhora adicional, com algum retoque, este lhe será sugerido, podendo ser realizado na época que lhe for mais oportuna.

### **3 – RISCOS:**

a) Nas revisões de cicatriz: permanência da cicatriz com características semelhantes ou até mais aparentes que a anterior, a qual motivou a cirurgia (cicatrices alargadas, hipertróficas, queloidianas). Pode haver necessidade de nova cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do quelóide.

b) Na excisão de lesões: recidiva (retorno) local da lesão, necessidade de reoperação para limpeza de margens comprometidas com neoplasia, cicatriz antiestética, possibilidade de necessidade de cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do quelóide. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um desses riscos e o que poderá ser feito caso estes eventos infrequentes ocorram.

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. Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

### **DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização de **PROCEDIMENTO DE REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE** 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 REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE** 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.

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 ser 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.

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. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as

folhas do mesmo.

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 REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE** 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