

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE CAPILAR OU RESTAURAÇÃO CAPILAR

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 **TRANSPLANTE CAPILAR OU RESTAURAÇÃO CAPILAR** 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: A principal indicação para o transplante capilar é a de transferir cabelo de uma região (área doadora) para outra região (área receptora), afetada pelo processo de calvície, também conhecido como alopecia androgenética. É importante lembrar que o processo de calvície é progressivo e não será afetado pela cirurgia de transplante capilar.

A técnica, denominada Transplante de Unidades Foliculares, requer a retirada de um segmento (ou faixa) de couro cabeludo da área doadora, cujas dimensões variam de acordo com a quantidade necessária para realizar uma boa densidade na área receptora. Como resultado, haverá uma cicatriz linear na área doadora, que permanecerá sempre camuflada no couro cabeludo, ficando PRATICAMENTE imperceptível após o processo natural de cicatrização.

Uma técnica alternativa é a retirada individual das unidades foliculares, conhecida pela sigla em inglês FUE (follicular unit extraction ou extração de unidades foliculares). Neste procedimento, o cirurgião remove cada unidade folicular, deixando centenas de micro-cicatrices em vez de uma única cicatriz linear.

Os enxertos de cabelo, preparados pela equipe de técnicos, sempre com o auxílio da microscopia, conterão de 1 a 4 folículos, portanto NÃO resultarão em qualquer aspecto artificial (como cabelo de boneca). Os enxertos serão introduzidos na área receptora, em orifícios mínimos, com cicatrizes PRATICAMENTE imperceptíveis.

O procedimento será realizado em Centro Cirúrgico, sob anestesia local, com uma sedação intravenosa, ministrada pela equipe de anestesia. O paciente não sentirá qualquer desconforto, e tampouco terá lembrança do ato cirúrgico. Sua duração variará entre 4 e 5 horas. Durante a cirurgia, o paciente estará sempre monitorado em relação aos sinais vitais (ie. pressão arterial, ritmo cardíaco, frequência respiratória), pela equipe de anestesia.

PLANO CIRÚRGICO DO PACIENTE: será transplantada uma quantidade de enxertos suficiente para dar um bom volume capilar, nas regiões _____ (área receptora), onde atualmente existe um processo de calvície, o que foi explicado – e aceito pelo paciente – durante a consulta médica.

O PÓS-OPERATÓRIO: O paciente fará sua recuperação no quarto de repouso, e, sempre que as condições clínicas forem adequadas, ele poderá ter alta no mesmo dia. Precisa estar sempre acompanhado. O paciente não poderá dirigir automóvel no dia da cirurgia.

Não costuma ocorrer dor importante no pós-operatório; o paciente tomará analgésico para qualquer desconforto, seguindo as demais orientações que lhe foram passadas por escrito. É possível que ocorra edema (inchaço) na região da testa, nos primeiros quatro dias; por isso, sugere-se que o paciente planeje um afastamento de suas atividades profissionais e sociais nesse período.

Cada enxerto de cabelo cria uma pequena crosta, a qual cai após um período de 1 a 2 semanas. Junto com esta crosta, o cabelo transplantado sofre um processo de queda, e entra em fase de repouso, começando a crescer num período de aproximadamente 3 meses. No entanto, é importante saber que este tempo é variável, de pessoa a pessoa, podendo ser um pouco maior. Para que o paciente aprecie o resultado final, é necessário aguardar um período não inferior a doze meses, tempo suficiente para que o fio de cabelo transplantado tenha uma dimensão de aproximadamente 5 a 7 cm de comprimento.

Lembrete: É importante enfatizar que a densidade de cabelo transplantado depende das condições do próprio paciente (tais como a quantidade de enxertos que será possível produzir com o segmento retirado e a qualidade do cabelo da área doadora) e que para atingir uma alta densidade final serão necessárias mais etapas (sessões), em tempo não inferior a um ano.

Necessário, também, ter em mente que a cirurgia plástica é uma especialidade médica, e como tal objetiva trazer um resultado satisfatório ao paciente; entretanto, não há como garantir um determinado resultado final, uma vez que existem variáveis que fogem ao controle do cirurgião.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização do **TRANSPLANTE CAPILAR OU RESTAURAÇÃO CAPILAR** 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 **TRANSPLANTE CAPILAR OU RESTAURAÇÃO CAPILAR** 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. 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 **TRANSPLANTE CAPILAR OU RESTAURAÇÃO CAPILAR** 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