

ENXERTO DE GORDURA

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ENXERTO DE GORDURA (TRANSPLANTE DE ADIPÓCITOS – CÉLULAS DE GORDURA)

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 **ENXERTO DE GORDURA (TRANSPLANTE DE ADIPÓCITOS – CÉLULAS DE GORDURA)** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do CSSJD, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo de Saúde São João de Deus

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 ESPECÍFICAS SOBRE ESTE PROCEDIMENTO::

1. USO: O ENXERTO DE GORDURA (transplante de adipócitos - células de gordura) tem por objetivo atenuar sulcos, rugas e/ou depressões ou ainda modificar o contorno labial, facial ou corporal. Este procedimento é paliativo, ou seja, não eliminará completamente os aspectos indesejáveis que desejo modificar. Considerando a natureza deste procedimento e, ainda, as diferentes respostas que podem os(as) pacientes apresentarem a estas injeções, estou consciente de que não é possível determinar, com precisão, qual será a minha aparência após o tratamento.

2. REAÇÃO: Após o **ENXERTO DE GORDURA** haverá edema (inchaço), endurecimento, mudança de coloração, amortecimento e sensibilidade à palpação nas áreas tratadas. Estes sintomas tendem a regredir, dependendo da minha resposta pessoal ao procedimento, o que pode ocorrer em prazo variável de tempo, sendo, usualmente, de uma até cinco semanas e, excepcionalmente nos grandes enxertos, por mais de quinze semanas. Estes e outros aspectos poderão interferir, em grau variável, em minhas atividades, incluindo estudo, trabalho e vida social. Irregularidades e nódulos locais palpáveis ou visíveis podem ocorrer, como consequência deste tratamento, ficando na dependência da minha resposta orgânica, que entendo e aceito, ser diversa para cada pessoa.

3. OUTROS TIPOS DE REAÇÃO (raras): Infecção, alteração e assimetrias nos movimentos da face, perda de vitalidade da pele, lesão de glândulas salivares, hematomas e modificação da expressão podem ocorrer. Tromboembolismo é muito raro neste procedimento, mas, como em qualquer cirurgia, é um risco descrito e previsto na literatura médica. Pacientes que receberam previamente implantes sintéticos na face, tais como o Polimetilmetacrilato (PMM) e o silicone; ou que são fumantes, bem como os indivíduos com Síndrome da Fadiga Crônica podem apresentar um pós-operatório com edema (inchaço) e dor mais prolongados e, também, com eventual prejuízo dos resultados obtidos.

4. DURAÇÃO DO EFEITO: Entendo que, com as modernas técnicas utilizadas, o percentual de “pega” da gordura (o que vai dar um resultado definitivo) aumentou consideravelmente. Todavia, ainda não é possível definir o quanto o enxerto pegará, e nem por quanto tempo. Tomei conhecimento que este procedimento apresenta uma grande vantagem, que é a não-utilização de substâncias artificiais estranhas ao meu organismo, e cuja segurança e limites ainda não foram completamente estabelecidos. Uma vez integrados estes enxertos gordurosos no meu organismo, entendo que podem acompanhar as modificações do meu peso e do meu percentual de gordura corporal.

5. REFINAMENTOS: O procedimento que autorizo contempla a possibilidade de aplicações complementares, se estas forem necessárias e por mim desejadas. Declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo tratamento, tive oportunidade suficiente para discutir com meu médico e questionar sobre todo o procedimento e os termos aqui mencionados.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____,

autorizo a realização de **ENXERTO DE GORDURA (TRANSPLANTE DE ADIPÓCITOS – CÉLULAS DE GORDURA)** 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

ENXERTO DE GORDURA

alcançe, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o **ENXERTO DE GORDURA (TRANSPLANTE DE ADIPÓCITOS – CÉLULAS DE GORDURA)** 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 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: _____

ENXERTO DE GORDURA

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **ENXERTO DE GORDURA (TRANSPLANTE DE ADIPÓCITOS – CÉLULAS DE GORDURA)** 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 _____

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

