

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA

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 **CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA** 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 cirurgia de Ginecomastia se destina a retirar o excesso de gordura e/ou de glândulas da região peitoral masculina. Quando o volume excessivo local for exclusivamente de gordura, esta será retirada por lipoaspiração, restando uma cicatriz de aproximadamente 0,5 cm. Quando houver glândula mamária ocasionando a deformidade, a cicatriz deixada ficará na borda aréola. Em caso de grande volume local poderá ocorrer sobra de pele. Entretanto esta pele, com o passar do tempo, se acomodará sobre a região. Em alguns casos, poderá ser necessária uma cirurgia de retoque ou refinamento para a retirada de mais pele, ficando, nestes casos, uma cicatriz maior e mais visível. O aspecto "achatado", às vezes resultante, deverá ser corrigido com musculação, a ser indicada para alguns pacientes, por seu médico, no devido tempo.

2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

Após a cirurgia você usará uma cinta modeladora sobre a região peitoral e, eventualmente, terá um curativo e dois drenos (pequenos tubos) sob o modelador.

Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. Serão trocadas pelo seu médico, por ocasião dos dois primeiros curativos.

Drenos: serão retirados, geralmente, no 1º dia após a cirurgia (marcar hora).

Dor: moderada, sendo minimizada com analgésicos. Alguns pacientes não chegam a precisar de analgésicos.

Edema (inchaço): será acentuado, principalmente, na região da aréola e dos mamilos, impedindo a visualização final do resultado, por várias semanas.

Amortecimento: a pele da região ficará amortecida por algum tempo, o que é variável de paciente a paciente.

Equimoses (manchas roxas): frequente nas áreas lipoaspiradas ou mesmo muito abaixo delas. Desaparecem em, aproximadamente, 30 dias.

Nódulos: aparecem nas áreas de lipoaspiração, eventualmente podendo ser sentidos à palpação. Geralmente desaparecem no decorrer do pós-operatório. Caso persistam por mais tempo, podem requerer drenagem linfática, ultrassom ou pequeno retoque.

Repouso: Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço). Ficar sentado ou semissentado é uma boa alternativa. Quando no leito, movimentar frequentemente os pés e as pernas.

Banho: liberado a partir do 2º dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5º dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira.

Modelador: uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-lo quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço).

Fitas de Micropore: realizar a troca somente uma vez por semana: aguarde a liberação de seu médico para este início. Você as usará sobre as cicatrizes, por aproximadamente 2 meses e de acordo com o caso; poderão ser trocadas por fitas de silicone durante o dia e creme para massagem, nas cicatrizes, à noite. Ficar no domicílio por 24 horas, sem sair. Mas começar a andar, dentro de casa, após 5 horas depois da cirurgia. Retirada dos pontos: caso hajam, serão retirados entre 7 a 10 dias de pós-operatório.

Trabalho: se não for exaustivo, reiniciar após o 4º dia de pós.

Caminhadas e Esportes: desde que não envolvam a área operada – após 15 dias. Esportes que envolvam a área operada, tais como musculação para braços, ombros, peitoral e dorso, natação e aeróbica, só após 45 dias.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele. Desde que não

incida diretamente sobre as cicatrizes, estará liberado após 2 meses. Usar protetor solar.

Dirigir automóvel: após 5 dias, caso se sinta apto para isso e se não sentir dores.

Drenagem linfática e ultrassom: seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1ª semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

Alta completa: após 6 meses, quando será submetido a nova consulta e feitas fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final, ou seja, para retirar pele que possa estar comprometendo o bom resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização.

3 – RISCOS:

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico e à anestesia, a Ginecomastia apresenta, ainda, os seguintes riscos: persistência de pele, gordura ou glândula, formato local diferente do esperado, necroses da pele, diminuição ou perda da sensibilidade local, assimetrias entre um lado e outro ou no mesmo lado, cicatrizes aparentes ou queiloideanas, hematoma, seroma (acúmulo crônico de líquido sob a pele). O seu médico está à sua disposição para lhe explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso algum destes eventos ocorram.

Lembretes finais:

1. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
2. 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.
3. Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
4. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de Ginecomastia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine qualquer dúvida restante.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

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

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA** 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