

## TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE 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** 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 - CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIOS:** Ao marcar a cirurgia, não tomar nenhum medicamento sem antes consultar seu médico assistente, especialmente aqueles que contenham Ácido Acetil Salicílico (AAS); Varfarina Sódica; Ginkgo-biloba ou quaisquer outros medicamentos que interfiram na coagulação sanguínea; deverão ser suspensos com, pelo menos, uma semana de antecedência ao ato operatório e sempre com anuência e autorização dos médicos que os prescreveram. Medicamentos como Finasterida; 5-alfa-estradiol e Minoxidil deverão ser suspensos, pelo menos, 72 horas antes da cirurgia. Antes de ir para o Hospital ou Clínica, o paciente deverá tomar banho completo, lavando o couro cabeludo conforme orientação de seu médico assistente. Procurar chegar ao Hospital ou Clínica, onde se realizará o procedimento, com, pelo menos, uma hora de antecedência do horário marcado para a cirurgia, atentando para o período de jejum solicitado pelo médico assistente. Levar consigo todos os exames solicitados pelo médico assistente. Evitar roupas que necessitem passar pela cabeça, como as camisetas.

### **2 - CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:**

**Posição:** ao chegar em casa, procure repousar em cama ou cadeira reclinável, mantendo a cabeceira elevada por pelo menos 30 graus em relação ao restante do corpo. Não há restrição no posicionamento para dormir.

**Banho:** se não houver nenhum tipo de curativo no pós-operatório imediato, o banho poderá ser liberado já no dia seguinte ao procedimento cirúrgico, devendo, porém, ser utilizado o sabão receitado para esta finalidade, deixando-o agir durante o banho, mas com o cuidado de não esfregar o couro cabeludo. Ao final, enxaguar bem, procurando não deixar resíduos de sabão. Jamais utilizar duchas fortes. O chuveirinho que acompanha o chuveiro é o mais indicado nestes casos. Secar o couro cabeludo sem esfregá-lo, utilizando uma toalha de rosto limpa e macia, separada só para esta finalidade. Secadores de cabelo poderão ser utilizados, mas somente em temperaturas mornas. Para pentear o cabelo deverá ser utilizado um pente fino. Havendo curativos tipo touca ou turbante, seguir rigorosamente as orientações de seu médico assistente para retirada dos mesmos.

**Esportes:** evitar a prática de esportes com bola (futebol, vôlei, basquete, tênis, squash etc.) por, pelo menos, 30 dias.

Outros exercícios aeróbicos devem ser evitados na primeira semana após a cirurgia.

**Banho de sol:** evitar a exposição ao sol da área operada por um período de, pelo menos, 30 dias.

Toucas de natação, banho de piscina e banho de mar também deverão ser evitados pelo mesmo período. Poderá utilizar chapéus ou bonés.

**Recomendações:** não há necessidade de repouso no leito, no dia seguinte à cirurgia. A dieta é livre, porém com restrições a alimentos muito pesados e a fartas refeições. Dirigir veículos automotores somente após 48 horas da cirurgia. Em tendo sido necessário pontos na área doadora, estes deverão ser retirados em torno do 10º dia após a cirurgia. Atenção para o uso dos medicamentos tópicos e sistêmicos prescritos para o pós- operatório. Observar com atenção os horários dos mesmos.

**CONSIDERAÇÕES GERAIS:** Os cabelos transplantados normalmente caem no transcorrer dos primeiros 30 a 45 dias de pósoperatório, voltando a nascer num período semelhante ao da queda. A partir do 4º mês já poderá se notar o crescimento definitivo da maioria dos fios transplantados. Não é raro alguns fios enxertados terem seu aparecimento e crescimento retardados. Não é rara a queda de alguns fios de cabelo preexistentes. Este fenômeno se deve ao "insulto hormonal" desencadeado pelo trauma cirúrgico, e acontece numa proporção de 25% dos casos operados. Este fenômeno é conhecido como "Eflúvio Telógeno" e é completamente reversível. Não são raras, também, a presença de pequenas crostas nas áreas transplantadas do couro cabeludo. Com a sucessão de

banhos elas se tornam vulneráveis e caem naturalmente. As mais aderidas podem ser retiradas cuidadosamente pelo médico assistente e sua equipe. A presença de foliculite (pequenas pústulas que se parecem com espinhas inflamadas), comuns até o 8º mês pós-cirúrgico, é normal e decorre do "cabelo encravado", podendo ser facilmente drenados pelo próprio paciente após orientação do médico assistente. Embora raros, podem evoluir para uma maior reação inflamatória local, sendo necessária a pronta atuação do médico assistente para a drenagem dos mesmos. Em ambos os casos não há interferência no crescimento dos cabelos e no resultado final da cirurgia.

Um edema frontal (inchaço na testa), normalmente discreto ou moderado, aparece em 12% dos pacientes operados, podendo, em casos raros, evoluir para inchaço também nas pálpebras, durando, no máximo, 48 horas. Normalmente, apenas 10% dos casos necessitam do uso de analgésicos no pós-operatório imediato. As drenagens linfáticas do couro cabeludo, face e pescoço, embora não sejam obrigatórias, ajudam na redução do edema residual, e devem ser iniciadas no dia seguinte à cirurgia, repetindo-se por, no mínimo, cinco sessões.

Outras dúvidas, quando existentes, devem sempre ser tratadas com seu médico assistente ou sua equipe, para que não haja nenhum tipo de alteração na evolução do processo pós-operatório.

**Sobre Dúvidas:** antes de se definir pelo procedimento de TRANSPLANTE CAPILAR, e, em especial, antes de se internar para o procedimento em questão, 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 do **TRANSPLANTE 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** 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.

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 um procedimento, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para o tratamento proposto, 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.

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** 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 INFORMAÇÕES

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 ou **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**