**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Mamoplastia de aumento com Próteses** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, o Paciente, ou o seu Responsável, declara para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Mamoplastia de aumento com Próteses** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: É a cirurgia para aumentar o volume das mamas, com o uso de próteses de silicone.

Essa cirurgia pode ser realizada apenas a colocação das próteses ou ser associada a uma MASTOPEXIA.

A mastopexia envolve retirada de excesso de pele e reposicionamento das aréolas para melhorar o aspecto de queda das mamas. Devido a isso, na maior parte dos casos, existe um corte ao redor das aréolas na mastopexia e um componente vertical, além do corte no sulco inferior da mama. A cicatriz é conhecida como formato de “T invertido”, mas pode também ter o formato de ““L”, de “I”, ou ainda ser periareolar (em torno da aréola).

Quando não há excesso significativo de pele, a colocação da prótese pode ser realizada somente por um corte, geralmente embaixo da mama e com cicatrizes menores.

As próteses de silicone podem ser colocadas em diferentes planos, a depender de cada caso e da preferência do cirurgião. Os locais para colocar as próteses são: na frente ou atrás do músculo peitoral maior ou no plano subfascial. Neste último, a prótese é colocada abaixo de uma membrana que envolve o músculo, denominada fáscia.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia, o procedimento de Redução ou Elevação Mamária também apresenta os seguintes riscos que, mesmo sendo raros, você deve estar preparada para isto:

* Endurecimento e/ou deformação e/ou dor por contratura capsular em uma ou em ambas as mamas, podendo esta complicação ocorrer em época recente, após a cirurgia, ou mais tardiamente;
* Infecção e exposição para fora da pele (extrusão da prótese);
* Movimentação das próteses, favorecendo uma forma insatisfatória das mamas;
* Ruptura da prótese durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;
* Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma mama e outra), seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente;
* Assimetria na forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas (diferença entre o de um lado e do outro);
* Perda da sensibilidade do mamilo, da aréola e/ou de outros locais da mama de maneira transitória ou definitiva;
* Formato e/ou tamanho insatisfatório das mamas em relação à expectativa da paciente;
* Acúmulo de sangue ou líquido (hematoma, seroma) no local da prótese, requerendo drenagens locais ou, até mesmo, troca da prótese;
* Prejuízo ao exame profilático da mama, seja clínico, ou de Raio X (mamografia) ou por Ultrassom (ecografia);
* Manchas na pele local ou à distância (rush cutâneo) e, por fim, estrias permanentes na mama.

O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

OBS.: Não há até o presente momento um parecer definitivo sobre o tempo de validade dos implantes, mas a paciente com próteses deve fazer exames periódicos de controle por Ressonância Magnética e, na eventualidade de qualquer alteração ou anormalidade nas mamas operadas, em qualquer época após a cirurgia, deve procurar, imediatamente, seu médico.

1. **Sobre contratura capsular**

Os implantes de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidos por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo.

Em algumas das pacientes esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer a mama e até modificar o formato do cone mamário, conferindo-lhe um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Quando ocorrer a contratura, será necessária uma nova cirurgia para troca de prótese e, em alguns casos, será preciso retirar os implantes, o que deixaria as mamas flácidas, requerendo uma nova modelagem, sem a possibilidade do aumento mamário.

Este risco deve ser perfeitamente entendido e aceito antes da cirurgia.

1. **Sobre o formato da mama:**

Com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume aumentado, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma. O novo volume pode ser escolhido, já que se tem à disposição vários tamanhos de peças de silicone, porém, é importante lembrar que esta escolha deve obedecer à norma de harmonia em relação, não só ao tórax da paciente, quanto ao seu físico, como um todo. As “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma e volume ainda estão aquém do resultado planejado, já que nenhuma mama será “perfeita” no pós-operatório imediato. Do 30º dia ao 3º mês continua a evolução para a forma definitiva. Pode ainda ocorrer um maior ou menor grau de edema (inchaço). Do 3º ao 12º mês é quando a mama vai atingir seu aspecto definitivo, no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade.

1. **Nova queda da mama:**

O novo formato das mamas não será eterno, ou seja, estará sujeito às mudanças do tempo e, principalmente, às modificações de volume que a glândula mamária sofrerá pelas mudanças hormonais, alterações de peso, e, particularmente, pelas gestações.

Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias com troca dos implantes para restaurar o formato obtido anteriormente.

No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume da prótese introduzida, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso para caso (bem como o cuidado que a paciente tem consigo). Este é o momento ideal para fazer a fotografia comparativa entre o pré e o pós-operatório.

1. **Sobre a cicatrização:**

A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo.

QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA, NO QUE DIZ RESPEITO À CICATRIZ, DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES.

**Cicatrizes antiestéticas:** certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de queloide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares.

Nem sempre isto será possível. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência, sendo maior nas de pele morena ou de descendência oriental. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar ou diminuir o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem.

O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente após o 12º mês que as mamas atingirão sua forma definitiva.

1. **Dor no pós-operatório:**

Uma evolução normal não deve apresentar dor e para isso é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à movimentação dos braços e ao esforço físico nos primeiros dias. Eventualmente, ocorrendo uma manifestação dolorosa, esta facilmente deverá ceder com os analgésicos prescritos. Caso isso não ocorra, contatar com seu/sua médico(a).

1. **Orientações no pós-operatório:**

* **Repouso:** não fazer repouso adicional. Não se deite de bruço durante 2 meses, e, quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.
* **Caminhar:** normal, sendo aconselhável o uso de meia elástica (compressão suave) durante 30 dias, após a cirurgia.
* **Caminhada esportiva:** após 30 dias. Ginástica, geralmente, após 120 dias, adotando a técnica de exercícios progressivos.
* **Trabalho:** geralmente é liberado após o 5º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços.
* **Movimento dos braços:** não levantar os cotovelos acima dos ombros por 7 dias.
* **Peso:** não carregar pesos acima de 5 kg, por 7 dias.
* **Dirigir automóvel:** só depois do 14º dia de pós.
* **Sol:** desde que não incida sobre as cicatrizes, decote ou ainda áreas eventualmente roxas, é liberado após 30 dias. Usar protetor solar.
* **Relação sexual:** após 07 dias, evitando pressão sobre as mamas durante 1 mês.

**Lembrete:** toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras podem necessitar de retoques ou restauro para um melhor refinamento do resultado final.

Em caso do seu médico indicar este procedimento, você não terá despesa com honorários do cirurgião, ficando apenas responsável pelos demais gastos relativos ao procedimento. Converse sobre isto com seu médico.

Declaro também, que:

A) Os procedimentos acima me foram explicados e pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas. Entendi perfeitamente as palavras do médico.

B) Como resultado da operação permanecerá uma cicatriz por toda a vida. O médico fará esforços para que ela seja menos visível e disfarçada em dobras naturais da pele ou em áreas com cabelos, quando possível.

C) Haverá edema (inchaço) na área operada que poderá permanecer por dias, semanas ou meses, em alguns casos. Poderá haver equimoses (manchas roxas) e hipercromias (manchas escuras) que, poderão permanecer por semanas ou meses. Em algumas pessoas estas manchas podem permanecer por toda a vida.

D) As cicatrizes resultantes podem ser anormais: alargadas e de cor diferente da pele, quelóides ou hipertróficas (grossas), podendo coçar e doer. O cirurgião não pode dar garantias quanto ao aspecto final das cicatrizes, pois elas variam de pessoa para pessoa.

E) Poderá ocorrer infecção localizada na área operada ou generalizada que pode exigir reabertura da ferida para drenagem ou levar a deiscência (abertura espontânea dos pontos). O médico poderá receitar antibiótico antes, durante e após a operação para prevenir a infecção, porém, mesmo assim, ela pode ocorrer. Entendi que a maioria das infecções é provocada por bactérias do próprio paciente e que antibióticos e curativos ajudam a controlá-las. A falha na cicatrização pode exigir nova operação para fechamento da ferida operatória.

G) Poderá haver necrose (perda da vitalidade) de tecidos da região operada, ocasionada por dificuldade na circulação do sangue na pele, levando à necessidade de novos tratamentos para sua reparação. Neste caso, o resultado da operação poderá não ser o esperado, ficando a região operada com aspecto diferente do normal.

I) Poderá haver dor no pós-operatório em maior ou menor intensidade e por período indeterminado, variando de pessoa para pessoa.

K) Problemas vasculares (entupimento de artérias e veias), reações alérgicas e óbito (morte) podem ocorrer em qualquer procedimento cirúrgico. Embolia pulmonar (formação de coágulo no pulmão) e choque anafilático, embora raros, também são ocorrências possíveis em qualquer operação, seja cirurgia plástica ou não.

Portanto, de posse destas informações:

1. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos não previstos antes da operação. Outros procedimentos médicos adicionais ou diferentes daqueles programados podem ser indicados. Autorizo o cirurgião, o anestesista e toda a equipe médica a realizarem os atos necessários para controlar estas situações, inclusive a suspender parcial ou totalmente a cirurgia proposta.

2. Eu entendo que o cirurgião e sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o objetivo desejado, porém, isto não é 100 % certo, pois a medicina não é uma ciência exata, sendo impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica. Por esta razão, aceito que não podem ser dadas garantias de sucesso absoluto e de manutenção dos resultados para toda a vida.

3. Estou ciente que a cirurgia plástica, segundo o Conselho Federal de Medicina, envolve a obrigação de usar todos os meios necessários para atingir os objetivos propostos e que o pagamento de honorários não pode ser vinculado ao sucesso do tratamento.

4. Eu concordo em cooperar com os médicos até meu completo restabelecimento, seguindo todas as suas recomendações. Sei que se eu não seguir estas recomendações poderei comprometer o trabalho dos profissionais, colocando em risco minha saúde e o resultado do tratamento cirúrgico, com consequências indesejáveis temporárias ou permanentes.

5. Eu entendo que retoques e operações complementares (segundo tempo cirúrgico) são possibilidades comuns na área cirúrgica, em particular na cirurgia plástica. Estes retoques serão aconselhados pelo cirurgião, quando necessários, respeitando-se o tempo indicado para a adequação dos tecidos e amadurecimento das cicatrizes. Eu concordo que os retoques não significam incapacidade técnica do cirurgião, mas sim, uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. O momento ideal para fazer um retoque será determinado pelo cirurgião e seu custo será motivo de negociação entre as partes envolvidas, ou seja, paciente, equipe cirúrgica, anestesista e instituição hospitalar, havendo custos complementares em cada etapa complementar.

6. Eu compreendo e aceito o fato de que o uso de tabaco (fumo), drogas ilícitas e álcool, embora não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações. A interrupção do uso destas substâncias não cessa o malefício do uso anterior, apenas diminui a probabilidade de complicações.

7. Eu autorizo o registro em foto, som, imagens etc., dos procedimentos propostos por entender que tais registros representam uma importante contribuição para o estudo e informação científica. Autorizo, também, a divulgação deles exclusivamente para o meio científico.

8. Estou ciente que haverá limitação de minhas atividades habituais por um período a ser determinado pelo cirurgião e que os resultados em cirurgia plástica são temporários.

9. Eu declaro que me foi dada a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, por minha própria vontade, irei me submeter, bem como as formas disponíveis de anestesia, os riscos e os custos envolvidos. Estou ciente, ainda, de que para a realização do procedimento ora consentido será necessário o emprego de anestesia, cujo tipo e técnicas me serão repassadas pelo médico anestesista. Fui orientado(a) de que a anestesia se trata de um procedimento invasivo, que raramente acarreta lesões graves, mas que poderão ocorrer. Atesto, ainda, que me foram repassadas todas as informações relativas à anestesia à qual serei submetido(a), inclusive quanto à sua necessidade, benefícios e riscos, assim como fui esclarecido de que a resposta à administração do medicamento anestesiológico é individual, sendo que a ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis é imprevisível.

10. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

11. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

12. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**, **inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for,** e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**