**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Ritidoplastia ou Lifting Facial (Cirurgia de Rejuvenescimento Facial)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 **Ritidoplastia ou Lifting Facial** (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**: As incisões (futuras cicatrizes) são postas de forma a camuflar ao máximo sua aparência e, assim, contornam as orelhas, sobem em direção ao couro cabeludo e, posteriormente, penetram na região pilosa de forma horizontal ou descendente. Como todas as cicatrizes, estas passarão por uma evolução natural até sua completa maturação (por volta de 12 a 18 meses), mudando do róseo ao tom semelhante da pele. Mas é bom lembrar que elas são permanentes e definitivas.

Todas as estruturas da face são reposicionadas removendo-se os excessos de pele. É uma cirurgia de passos delicados e assim, não deve perder qualidade em função da pressa. Dura cerca de 4 a 5 horas, dependendo das associações cirúrgicas como pálpebras, sobrancelhas, mento, injeções de gordura, lipoaspirações etc. Deve-se sempre considerar um tempo maior de permanência no centro cirúrgico (cerca de 2 horas) em função do período que antecede a cirurgia para a preparação do campo operatório e anestesia, bem como do período de recuperação pós-anestésica. A internação hospitalar é recomendada por 24 horas ou de acordo com cada caso em particular.

O(a) paciente sai da sala de operações com um curativo tipo capacete que é mantido por 24 horas, quando é feita a primeira troca por outro mais fino, o qual permanece por mais 2 ou 3 dias. Este curativo deixa os olhos, nariz e boca descobertos. Sugerimos que o cliente traga um lenço de cabeça e óculos escuros para seu retorno ao domicílio e no seu primeiro retorno ao consultório.

Informações:

1) Esta cirurgia procura diminuir a flacidez e atenuar as rugas da face e pescoço, assim como remover os excessos de gordura localizada nestas áreas, dando ao rosto uma aparência mais jovial. Ao contrário de certas informações leigas, a ritidoplastia não elimina todas as rugas mas, o conjunto dos efeitos alcançados com a cirurgia levará a uma face rejuvenescida.

2) Sabe-se que o resultado da cirurgia não interrompe o processo evolutivo de envelhecimento e assim, seus efeitos não são definitivos. Assim, podemos operar a mesma pessoa duas ou três vezes, variando somente alguns detalhes técnicos nas reoperações.

4) Não é possível, através da cirurgia, transformar uma face de 40 anos em outra de 20. Apesar disto parecer óbvio é importante enfatizá-lo pois certas informações errôneas são transmitidas por leigos desinformados ou pela Mídia distorcida, fazendo alguns pacientes acreditarem na possibilidade de se fazer “o relógio do tempo” ser retardado conforme sua vontade. Nenhum cirurgião plástico logrará este intento.

**Algumas pessoas são anatomicamente privilegiadas e conseguem resultados realmente surpreendentes mas de maneira geral, todos(as) os(as) pacientes ficam extremamente felizes com a cirurgia.**

5) Na consulta inicial o(a) paciente mostra, na frente do espelho, os problemas que deseja melhorar, analisando com o cirurgião as possibilidades e particularidades de cada caso. **Os resultados não são os mesmos para formas de face, textura e flacidez de pele tão diferentes.** Quanto mais idoso(a) for o(a) paciente, menor será a duração dos efeitos da cirurgia. O mesmo ocorre com os de pele seca e quebradiça. Ao contrário, aqueles(as) mais jovens, com pele espessa e gordurosa obtêm melhores resultados e efeitos mais duradouros.

6) A ritidoplastia não é cirurgia para o resto da vida. A qualidade dos resultados sofre alterações contínuas ao longo dos anos. Alguns fatores como idade, variação do peso corporal, qualidade e textura da pele, influências hormonais, exposições prolongadas ao sol, estilo de vida, etc, interferem de forma incisiva na face , independente de ter ou não sido operada. No entanto, sempre com a defasagem da correção cirúrgica realizada. Assim, nova cirurgia poderá ser indicada quando, com o passar do tempo, estas alterações se apresentarem, alterando a aparência e a flacidez dos tecidos faciais. Esta nova cirurgia não é entretanto, um retoque da primeira. É um novo procedimento que poderá ser indicado para nova correção dos efeitos do tempo na face.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, a Rinoplastia pode apresentar os seguintes riscos:

* Pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo paciente, lacrimejamento, exposição do branco do olho (lagoftalmo/ectrópio),
* Persistência de bolsas gordurosas
* Raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos
* Alteração na lubrificação do olho
* Alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta — em homens — ou alargamento da testa)
* Perda de área de pele (necrose), com consequente cicatriz ou mancha local
* Alteração na mobilidade da testa
* Edema (inchaço) persistente
* Assimetria ou abaixamento do supercílio
* Perda temporária do movimento de alguma região da face
* Lesão na glândula parótida
* Mnchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão
* Quelóides
* Equimoses (manchas roxas na pele)
* Pequenos hematomas que podem drenar espontaneamente ou necessitar drenagem cirúrgica
* Deiscência de pontos (abertura do corte), etc.
* Infecção
* Necrose parcial ou total da pele da face

O seu médico está à sua disposição para esclarecer cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, em caso de sua eventual ocorrência.

**CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

Após conversar com seu médico e esclarecer todas as suas dúvidas, ele lhe indicará alguns exames de rotina que recomendamos sejam feitos cerca de 10 dias antes da cirurgia. Também uma avaliação clínico-cardiológica (risco cirúrgico) será recomendada. Em casos determinados podemos solicitar outro exame específico que possa ajudar no esclarecimento diagnóstico.

Lembre-se das recomendações gerais para as cirurgias, como não usar, por duas semanas antes, medicamentos à base de AAS, anticoagulantes, corticóides de uso prolongado ou medicamentos para emagrecer; abstinência do fumo por 30 dias antes da operação; não usar cremes faciais e corporais a partir da véspera da cirurgia; jejum de acordo com a recomendação médica (10 horas antes da cirurgia); comunicar ao seu médico qualquer anormalidade ou uso recente de medicamentos, alergias medicamentosas ou alimentares e alguma outra recomendação que venha a ser pertinente. Guardar em casa objetos pessoais como jóias e bijuterias. Se fizer uso de tintura de cabelos, aconselhamos que faça logo antes da operação pois estes produtos somente poderão ser usados cerca de 30 dias depois.

Acordar de jejum no dia da cirurgia, tomar banho completo e chegar ao Hospital 1 hora antes da cirurgia com acompanhante.

**ORIENTAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO**

1. A paciente receberá alta hospitalar com todas as recomendações necessárias a uma boa recuperação:
2. Repouso de atividades físicas e limitação de movimentos bruscos e amplos;
3. Deitar com o tronco elevado por almofadas e travesseiros. Não deitar de lado ou de bruços até que seja autorizado pelo seu cirurgião;
4. Banhos molhando a cabeça somente com a autorização da equipe cirúrgica (geralmente no dia seguinte à cirurgia);
5. Não trocar ou manipular os curativos, mesmo que haja um pequeno sangramento (que é normal e não deve assustá-lo(a)). Todas as trocas de curativos deverão ser feitas pela equipe cirúrgica ou orientadas por ela

**OBSERVAÇÃO: Sangramentos copiosos ou variações volumétricas exageradas (inchaços) (na maioria das vezes unilateral) e de acontecimento súbito, acompanhados de dor, devem ser imediatamente comunicados ao seu médico. Pode se tratar de um hematoma e deve ser avaliado prontamente.**

1. Os retornos para a retirada de pontos e avaliação pós-operatória são feitos com cerca de 8 dias da cirurgia. Retornos adicionais serão comunicados pelo cirurgião e devem ser seguidos para uma completa recuperação e avaliação dos resultados.
2. Não dirigir por um período mínimo de 2 semanas;
3. A sensação de olhos secos pode acontecer quando se associa a cirurgia das pálpebras. Geralmente recomendamos o uso de colírios e pomadas oftálmicas em sua receita mas caso esta sensação esteja lhe incomodando, comunique com o seu médico.
4. Após 1 mês (ou antes, a critério médico) você poderá retornar a suas atividades físicas habituais como ginástica, natação etc;
5. Exposição ao sol com o intuito de bronzear somente será permitida após 30 dias (com proteção da cicatriz). Até aí, pequenas caminhadas sob o sol poderão ser feitas com o uso de bloqueadores solares;
6. O(a) paciente jamais deverá fazer compressas quentes na área operada, para melhorar o inchaço. A pele ainda estará sensível e poderá ocorrer queimadura de 3º grau.
7. Pode ser recomendada a realização de massagens (drenagem linfática) com início no 5º dia de pós-operatório, até cerca de 30 dias, ou de acordo com a avaliação médica;
8. No período pós-operatório imediato, o(a) paciente permanecerá sonolento(a) e poderá iniciar a dieta algumas horas depois, dependendo de cada caso. Isto será orientado pelo cirurgião e sua equipe. A cabeça ficará um pouco elevada não podendo deitar de lado para não comprimir a região operada.
9. A dor no pós-operatório é rara, podendo existir desconforto no primeiro dia devido ao curativo e isto é facilmente contornado com analgésicos comuns que serão prescritos pelo médico, juntamente com as medicações e orientações do pós-operatório. Não tome medicamentos sem o conhecimento do seu médico.
10. A partir da operação, o organismo reage com inchaço e manchas roxas na pele que podem variar de uma forma discreta a reações mais intensas. Estas reações podem aumentar nos três primeiros dias e então iniciam o processo de regressão.
11. É muito importante não usar blusas de gola nas duas primeiras semanas evitando assim tracionar o lóbulo das orelhas ao retirá-las.
12. Não recomendamos o uso de cremes hidratantes até a retirada total dos pontos sendo que os esfoliantes e despigmentantes somente serão permitidos após avaliação do cirurgião (geralmente depois de 3 meses). Neste período, somente é permitido lavar o rosto de forma suave com sabonete neutro e cremoso. Os cabelos poderão ser lavados cuidadosamente após o 2º dia da cirurgia, não usando secadores quentes ou mornos (eles poderão danificar a pele e até queimá-la). Para pentear os cabelos, use os dedos ou pente de dentes bem afastados.
13. A maquiagem poderá ser usada após cerca de 8 dias e a exposição ao sol, após o 3º mês da cirurgia. Tintura de cabelo somente após 30 dias.
14. É comum o(a) paciente observar assimetrias e pequenas irregularidades na face que são absolutamente normais pois a metade direita da face é diferente da esquerda, inclusive na maneira de reagir à cirurgia. Assim, de um lado poderá haver mais edema que o outro ou um lado absorver mais rapidamente o edema que o outro.
15. A sensibilidade da face também é diferente nesta fase. É comum o relato da sensação de que a pele parece papel. Também pequenas nodulações podem ser percebidas ao acariciar a pele da face. Elas correspondem a pontos de cicatrização e deverão desaparecer lentamente. Isto tudo vai retornando ao normal com o passar do tempo, pois o organismo precisa esquecer que foi agredido e isso leva algum tempo, não comprometendo o seu resultado.
16. Lembre-se que nenhum resultado cirúrgico deve ser avaliado antes dos três meses da intervenção, considerando a redução do inchaço. O nosso organismo trabalha dentro de uma forma ordenada e um tempo certo. Temos que controlar nossas ansiedades e aguardar a evolução natural pois aqui não podemos interferir para mudar o curso do processo cicatricial.

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**