

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1- EU, _____,

portador (a) do CPF nº _____, por determinação explícita de minha vontade, reconheço DRA TATIANA MARTINS CALOI, médica inscrita no **CREMESP** sob o nº 91347 e **CREMEPE** sob o nº 15002, Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica como profissional credenciada e de minha confiança, e autorizo a mesma bem como todos os demais profissionais dos quais ele se serve e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) denominado (s) cientificamente* e popularmente** como

*

LIPOFILLING NAS MAMAS

**

AUMENTO DAS MAMAS COM ENXERTODE GORDURA

bem como todos os cuidados e tratamentos médicos necessários dele(s) decorrentes.

2- **O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso ENTENDO que:**

- O **edema** (inchaço) é esperado nas áreas onde a gordura é injetada, e diminui gradualmente em dias e menos frequentemente em semanas;
 - A ocorrência de **equimoses** (áreas arroxeadas) está relacionada com a fragilidade capilar de cada paciente e podem ocorrer nas áreas da retirada da gordura e também nas áreas onde ela é injetada, sendo reversíveis com o uso de pomadas e proteção solar. Estas equimoses eventualmente permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e raramente serão permanentes;
 - A **drenagem** de pequenas quantidades do soro que foi injetado para a retirada da gordura pode acontecer pela área onde ela foi injetada; esta saída de líquido pode acontecer após o procedimento e cessa espontaneamente nas primeiras 24 horas;
 - Como regra existe um discreto **endurecimento** da área onde a gordura é enxertada, e que faz parte do processo de incorporação da gordura e se desfaz no período de recuperação que pode durar algumas semanas, sendo raramente permanente;
 - Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, que geralmente tem uma baixa intensidade sendo variável de paciente para paciente e que é controlável com analgésicos prescritos pelo médico;
- a- A melhora a ser obtida será baseada na **situação inicial pré-operatória individual**, e **não** em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;
- b- A **aumento de volume** conseguido com esta técnica **é limitado** e tem um resultado pós-operatório mais natural e diferente do da inclusão de próteses de silicone;
- c- **Procedimentos seriados** de enxerto de gordura podem ser necessários para melhores resultados em relação a forma e volume desejados, principalmente em casos onde existe a necessidade de reparo de diversas áreas no tórax;
- d- Os **resultados obtidos** após a cicatrização e regressão do edema geralmente **são estáveis a longo prazo**, pois o tecido enxertado incorpora-se ao local onde foi colocado;

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- e- Poderá haver **perda parcial do volume injetado inicialmente** e mais raramente a perda total do mesmo; esta reabsorção é imprevisível e depende de fatores locais da área doadora e receptora, incluindo a presença de fibroses locais, áreas já submetidas a radioterapia etc;
- f- Poderá haver **descoloração** ou **pigmentação** da pele nas áreas operadas, sendo este fenômeno raro porém mais freqüente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;
- g- Raramente poderão haver a formação de **cistos de gordura ou calcificações** nas áreas enxertadas, achados estes que conforme a literatura são bem distinguíveis de alterações malignas ou microcalcificações que podem ser vistas em casos de câncer de mama;
- h- Poderá ocorrer um **processo infeccioso** na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;
- i- Ocasionalmente, poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.

O conhecimento e o entendimento das informações acima mencionadas são muito importantes antes da realização de qualquer Cirurgia Plástica. Estas informações poderão servir como um "**MANUAL DE CABECEIRA**", caso você venha a se operar, recordando-lhe as instruções fornecidas durante a primeira consulta.

As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os **princípios éticos básicos** de respeito pelo ser humano, da **minimização de resultados insatisfatórios** ou não desejados, dentro de uma conduta adequada e cientificamente aceita.

Existem alguns fatores na evolução da cirurgia que não dependem da atenção do cirurgião plástico, e portanto "**não lhe será possível garantir resultados**". Assim, por exemplo, a qualidade de cicatrização que o (a) paciente irá apresentar está intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir.

Portanto, de posse dessas informações:

- 3- **EU DECLARO** estar ciente que depois de minha total recuperação, se for necessária alguma revisão para atingir um melhor resultado, esta será feita seis meses após a cirurgia plástica, sendo que as possíveis taxas hospitalares, de anestesia, de material, serão pagas por mim. Os valores serão confirmados no período da revisão.
- 4- **EU RECONHEÇO**, que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, **AUTORIZO**, a cirurgiã **Dra. TATIANA CALOI** e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar;
- 5- **EU ENTENDO**, que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias envolvendo risco para a vida, serem raras;

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- 6- **EU ENTENDO** que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais **ACEITO** o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual de idade” ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos;

- 7- **EU ME COMPROMETO** a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando seqüelas temporárias ou permanentes, além de por em risco minha saúde e meu bem estar;

- 8- **CONCORDO E ME COMPROMETO** também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico;

- 9- **EU COMPREENDO E CONCORDO**, que a eventual necessidade de retoques acarretará em custos adicionais, referentes às despesas médico-hospitalares;

- 10- **EU COMPREENDO E ACEITO**, o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização;

- 11- **EU AFIRMO** ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e a poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas a minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

- 12- **EU ME COMPROMETO** a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias

- 13- **EU DECLARO** que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que por ventura existirem;

**Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP 91347**

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- 14- **EU AUTORIZO** o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médica – legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; **entendo** também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada;
- 15- **ESTOU CIENTE** que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano em cada paciente após a cirurgia. Estou ciente ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições de moradia (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e de deslocamento desfavorável (transporte público).
- 16- Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo a Cirurgiã Plástica **DRA. TATIANA CALOI** a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas verbalmente pela médica e que estou convicto (a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.

Para tanto, assino o presente termo na presença de duas testemunhas, que a tudo assistiram. Para que produza seus legais efeitos.

Data: _____

Assinatura / CPF

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

2. Nome: _____

Assinatura: _____ CPF: _____