

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

*

OTOPLASTIA

**

CORREÇÃO DE ORELHAS EM ABANO

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:**

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

OTOPLASTIA – CORREÇÃO DE ORELHAS EM ABANO

- Existe em todas as pessoas quase como regra diferenças em formato e grau de protrusão entre as duas orelhas e em todas as estruturas da face (dissimetria facial). A cirurgia visa harmonizar o formato das orelhas e diminuir o afastamento das mesmas em relação a cabeça. Porém um certo grau de **assimetria pós-operatória** é esperado quando as diferenças entre o lado direito e o esquerdo são muito grandes antes da cirurgia.
- A **recidiva parcial da protrusão das orelhas** pode ocorrer meses ou até anos após a cirurgia. Isto é mais comum nos adultos, pois estes apresentam uma cartilagem auricular mais forte e que tem memória, podendo ser necessário um retoque cirúrgico;
- **Hematomas e sangramentos** na área operada podem necessitar drenagem e muito raramente levar a um sofrimento (**necrose**) da pele da região operada, o que pode levar a um resultado estético menos satisfatório e a necessidade de retoques;
- Em caso de **infecção pós-operatória**, esta deverá prontamente ser tratada com antibióticos. Raramente poderá ocorrer deformação da cartilagem auricular, o que pode necessitar de reparação cirúrgica, com resultados apenas paliativos em casos extremos;
- Os **quelóides e as cicatrizes hipertróficas**, podem ocorrer na região posterior da orelha, principalmente em pacientes que já tem tendência. Quando presentes devem ser tratados precocemente com cremes e infiltração de corticóides no local. Poderá ser necessária a retirada do quelóide em ambiente ambulatorial ou hospitalar e o tratamento adjuvante com betaterapia ou roentgenterapia das áreas afetadas;

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP - 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- 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- Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente e com **intensidade variável**, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis.
- c- Poderá ocorrer **alargamento de cicatrizes** após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um retoque cirúrgico posterior;
- d- Poderá haver **inchaço** (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos freqüentemente por meses;
- e- Poderá haver **manchas** na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos freqüentemente por meses e muito raramente serão permanentes;
- f- Poderá haver **descoloração** ou **pigmentação** cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais freqüente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;
- g- Eventualmente, **líquidos**, sangue e/ou secreções, podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;
- h- Poderá haver **perda de sensibilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos.
- i- Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica (necrose) e **deiscência** (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sangüínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar para sua reparação de tratamento clínico com curativos e novo(s) procedimento(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;
- j- 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;
- k- Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de paciente para paciente;
- l- Poderá ocorrer **alergia** aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;
- m- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques** ou **pequena cirurgia** complementar, para atingir um melhor resultado;
- n- Ocasionalmente, poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.
- o- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques** ou **pequena cirurgia** complementar, para atingir um melhor resultado;

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP - 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

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.

Como resultado da cirurgia **existirá uma cicatriz**, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para torná-la o menos evidente possível. Uma técnica apurada e cientificamente aceita poderá colaborar no sentido de minimizar diversas dessas situações. A colaboração plena do (a) paciente, através do seguimento das instruções dadas pelo cirurgião, no pós-operatório também se reveste de grande importância na obtenção do resultado.

As cicatrizes são consequência da cirurgia, portanto pondere bastante quanto à conveniência de conviver com elas após a cirurgia: elas nada mais são do que indícios deixados em lugar de outro defeito anteriormente existente na região operada. Se houver uma evolução desfavorável da cicatriz, desde que a intervenção tenha sido realizada sob padrões técnicos e cientificamente aceitos, deverá ser investigado se o seu organismo é que não reagiu como se esperava.

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, preferencialmente no Centro Cirúrgico de um Hospital, sendo que as taxas hospitalares, de anestesia, de material e eventual troca de próteses, 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;
- 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;

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP - 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- 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;
- 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).

Dra Tatiana Caloi
Cirurgiã Plástica
CREMESP - 91347

Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

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: _____