

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DE MENTOPLASTIA (Cirurgia plástica do queixo)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A Mentoplastia destina-se a diminuir ou aumentar o queixo (mento). Este tem seu posicionamento ideal na face, obedecendo a certos limites, o que confere harmonia ao rosto. Contudo, não é incomum que o queixo apresente uma posição mais avançada ou mais retraída, comprometendo, assim, a beleza e a harmonia do rosto. A Mentoplastia mais comum é aquela que visa corrigir o retro-posicionamento (queixo retraído), e isso é feito por meio da inclusão de uma peça de silicone ou utilizando osso do(a) próprio(a) paciente. Não é possível prever com exatidão o aspecto final, pois serão as condições locais da retração que vão delimitar o tamanho do aumento a ser feito. Quanto à diminuição do queixo, esta será realizada retirando-se parte do osso, o que também encontra limitações naturais acerca do quanto poderá ser diminuído. De igual maneira, o resultado não poderá ser previsto com exatidão. A finalidade principal da Mentoplastia é melhorar o equilíbrio da fisionomia do(a) paciente, mantendo, porém, suas características individuais. Obs.: A mentoplastia não tem o poder e nem a função de modificar a oclusão dentária (mordida), bem como não substitui a realização de cirurgia ortognática na mandíbula e/ou maxilar, caso estes procedimentos já tenham sido indicados ao paciente por seu profissional de confiança.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: tratando-se apenas de correção do mento (queixo), a anestesia poderá ser local (com ou sem sedação, dependendo do caso).
2. Tempo de duração da cirurgia: em média 1 hora, podendo ser maior.
3. Período de internação: 6 a 12 horas, podendo variar para mais, de acordo com a reação de cada paciente.
4. Retirada dos pontos: geralmente não há pontos externos para serem retirados.
5. Cicatrizes: quando o aumento ou a diminuição do queixo são feitos por dentro da boca, as cicatrizes ficarão ocultas entre o lábio e a gengiva. Quando o aumento é realizado através da pele, sob o queixo, será feita uma pequena incisão na parte inferior do queixo. Esta cicatriz, nos primeiros meses de pós, se mostrará mais dura, um pouco elevada e avermelhada. Posteriormente, dependendo do tipo e pele do(a) paciente, e na maioria

dos casos, ficará bem pouco aparente. Quando é feita apenas a enxertia de gordura, não existirá cicatriz, todavia, este é um caso restrito.

6. Dor no pós-operatório: geralmente não há dor; se houver é mínima. Em havendo, debela-se com uso de analgésicos comuns. O mais frequente é que o(a) paciente sinta uma sensação de volume local, causada pelo edema (inchaço) natural no pós do procedimento cirúrgico.

7. Curativos: é utilizado um curativo local cuja finalidade é a de ajudar a manter a prótese imobilizada, além de servir de proteção a eventuais traumatismos que possam ocorrer nos primeiros dias. Não molhar o curativo

8. Repouso: dependendo do tipo de atividade, apenas um dia de repouso será suficiente. Casos especiais poderão demandar cuidados por mais dias. Falar com seu médico sobre isto. Todavia não é necessário repouso absoluto.

9. Dieta: ingerir apenas alimentos moles (pastosos) nos primeiros 4 dias.

10. Perda da prótese: a prótese usada na mentoplastia de aumento pode vir a ser eliminada, o que é raro, e quando isto ocorre é devido a problemas surgidos no pós-operatório, tais como infecção, traumatismo sobre a área operada, hemorragia etc. Nesses casos, retira-se a peça mediante uma simples cirurgia sob anestesia local. Posteriormente, poderá ser reintroduzida uma nova prótese.

11. O ato de conversar: evite falar desnecessariamente nos primeiros 4 dias de pós-operatório.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Informar, até a véspera da cirurgia, casos de virose, febre, infecção na garganta e, principalmente, algum dente da arcada inferior que esteja infeccionado ou inflamado (neste caso há que tratá-lo antes de se submeter à Mentoplastia).

Internar-se no hospital/clínica determinado(a) no dia e hora indicados na guia de internação.

Em caso de anestesia local, permite-se uma refeição leve até 2 horas antes da cirurgia. Em se tratando de anestesia geral, manter-se em jejum de 12 horas.

Comparecer à internação acompanhado(a).

B. RISCOS

Além dos riscos inerentes a toda e qualquer cirurgia, ainda a Mentoplastia pode apresentar os seguintes riscos: aumento ou diminuição insatisfatórios ao(à) paciente, devido às limitações determinadas pelo próprio local da cirurgia. (Conforme já comentado acima nas "INFORMAÇÕES GENÉRICAS").

No aumento de queixo pode haver deslocamento ou exposição da prótese, sendo esta retirada em caráter provisório (ou definitivo em situações raras). Infecção local. Endurecimento dos tecidos no local da cirurgia, por contratura capsular (na prótese). Deslocamento da prótese, requerendo reposicionamento da mesma.

Acúmulo de sangue ou secreções no local da cirurgia, levando a hematoma, seroma ou abscesso. Cicatrizes aparentes.

Muito raramente pode ocorrer: erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local.

Na diminuição do queixo pode ocorrer flacidez ou pequeno excesso de pele na região do pescoço. Alterações na sensibilidade local podem ocorrer tanto no aumento, quanto na diminuição do queixo.

C. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Evitar sol, friagem e traumatismo no local da cirurgia nos 20 primeiros dias de pós-operatório.

Escovar os dentes com muito cuidado, usando apenas escova macia e pequena (infantil).

Não se preocupar com o edema (inchaço) do queixo, que é natural e pode persistir por dias ou semanas, mas, geralmente, já se mostra pouco evidente após 20 dias.

Alimentar-se com alimento pastoso nos primeiros 4 dias e evitar, posteriormente, alimentos sólidos que exijam mastigação intensa. Aguardar a liberação de seu médico para tanto.

Retornar ao consultório nos dias e horários preestabelecidos.

O bom resultado final também depende de você, então não deve ficar puxando os lábios para tentar visualizar os pontos.

Permanecer em seu domicílio nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar.

Voltar ao trabalho após o 5º dia de pós-operatório.

Caminhadas esportivas só após 20 dias de pós.

Esporte que necessite colocar a face e o pescoço em movimento ou que coloque esta região em risco, só após 30 dias.

Sol direto e intenso liberado após 45 dias, mas com uso de protetor solar e desde que não apresente manchas rochas.

Para mulheres: maquiagem possível após 5 dias.

Para homens: barbear-se com cuidado na área operada após 5 dias.

Alta completa: após seis meses, quando será feita nova sessão de fotos para avaliação da qualidade dos resultados.

Caso necessite se submeter a uma cirurgia de retoque ou refinamento do procedimento feito, lhe será indicada qual a data mais conveniente e apropriada para isto.

O médico não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de

secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

Lembrete: Toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar um retoque ou refinamento para atingir um melhor resultado. Fale sobre isto com seu médico e se informe, desde já, qual a melhor data para este procedimento.

RETOQUE

Toda cirurgia plástica, apesar da perícia e da capacidade dos profissionais responsáveis e dos esforços e das cautelas por estes empregados, poderá necessitar de retoques ou cirurgias complementares, de maior ou menor porte, com o objetivo de alcançar o melhor resultado.

Em caso de retoques ou de cirurgias complementares, os custos hospitalares e os dos outros profissionais, exceto o de cirurgião, serão assumidos pelo(a) paciente.

Em caso de retoques ou de refazimento da cirurgia que não atingiu resultado satisfatório, comprometer-se-á o profissional responsável a novamente a envidar todos os seus conhecimentos e esforços necessários, para alcançar o melhor resultado possível dentro das limitações que uma área já anteriormente submetida a um procedimento cirúrgico pode oferecer. Eximindo-se, no entanto, da obrigação de alcançar, neste caso, um resultado de perfeição. É de suma importância salientar que uma cirurgia plástica, nem sempre, alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, razão pela qual, retoques poderão se tornar necessários e são tidos como parte integrante desta especialidade.

CONSENTIMENTO:

Eu _____, portador(a) do CPF nº _____, **DECLARO** ter acessado o site www.laerciocadoreplastica.com.br, ter lido e tomado plena ciência de todas as INFORMAÇÕES PRÉ e PÓS-CIRÚRGICAS, além de recebido todos os esclarecimentos necessários, referentes ao(s) procedimento(s) cirúrgico(a) a que serei submetido(a), reconhecendo expressamente, estar ciente de todos os relevantes fatos e implicações, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe. Assim sendo, dou meu consentimento, livre e esclarecido, para que o Dr. Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de Mentoplastia. Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não

puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar. 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. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), 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, sendo ciente da lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que todas as informações pessoais e fotos tiradas no pré e pós operatório fornecidos neste respectivo estabelecimento estarão sobre sigilo em concordância da LGPD. 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.

Cirurgia(s) proposta(s):

Brusque/SC, _____ de _____ de _____.

_____ CPF: _____
Assinatura do(a) paciente ou responsável

_____ CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO – INFORMAÇÃO

1. Eu, _____, por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse, autorizo a todos os profissionais vinculados a minha assistência, efetuar os procedimentos anestésicos necessários à realização da cirurgia que, no momento, proponho-me a realizar.

2. Foi-me dado a entender que: as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que lhe é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco de vida.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:

a) Poderá haver dor de garganta, lesões em cavidade oral, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua por causa da manipulação das vias aéreas, em casos de necessidade de intubação orotraqueal;

b) Poderão ocorrer dores de cabeça, dores nas costas, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, no momento da recuperação anestésica (na sala de recuperação);

c) Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado;

d) Poderá ocorrer dores nos locais de punções de veias e/ou artérias e flebites, devidos aos materiais utilizados para a manutenção dos mesmos (materiais sintéticos) e medicamentos utilizados;

e) Poderão ocorrer ardência nos olhos, lesões oculares e deslocamentos de lentes de contato (principalmente após despertar de anestésias gerais) e perda de pêlos por causa da colocação de esparadrapos e eletrodos (para a monitorização cardíaca);

f) Poderão ocorrer frio, tremores, áreas de falta de aumento da sensibilidade após realização de bloqueios (que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado e, apesar de raro,

poderão ser permanentes) ou por vícios de postura (algumas situações cirúrgicas somente podem ser realizadas adotando-se algumas posições desconfortáveis para o paciente);

g) Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória, em geral na forma de ansiedade e, apesar de raros, quadros psicológicos mais complexos.

5. Aceito o fato de que o tabagismo, uso de álcool ou drogas são fatores que embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar uma incidência maior de complicações descritas acima.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isto, eventualmente necessitam de procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isso, estou ciente e autorizo o meu anestesiológico, bem como os seus assistentes, a realizarem qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras Instituições.

7. Entendo que o médico anestesiológico e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos à sua disposição para tentar, com sua arte, atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente de que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível preverem-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestésicos propostos.

8. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois em assim não o fazendo, poderei provocar a frustração dos fins desejados, pôr em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo o registro (em prontuário médico e/ou computador e/ou som, etc) dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta, sendo que todas as informações serão mantidas em sigilo absoluto e divulgadas apenas aqueles que tem direito legal às mesmas.

10. Autorizo a transfusão sanguínea, quando os substitutos para a mesma não forem suficientes para controlar as condições hemodinâmicas, e em caso de sangramento intenso no transoperatório.

Autorização:

Entendo que os meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observações e, embora sendo sabedor(a) de que os procedimentos aos quais me submeterei, além

de serem de risco, poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização.

Brusque/SC, ____ de _____ de ____.

Paciente

Testemunha