

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO RINOPLASTIA/RINOSSEPTOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A Rinoplastia ou Rinosseptoplastia é uma das mais antigas e tradicionais cirurgias no âmbito da cirurgia plástica, pois os cirurgiões indianos já a praticavam há dois mil anos. É um tipo de cirurgia muito notada por seus resultados, devido ao fato de modificar sensivelmente a face do(a) paciente. Não é possível prever, com absoluta exatidão, e nos mínimos detalhes, o formato final de um nariz após uma Rinoplastia ou Rinosseptoplastia. Mesmo tendo-se objetivos a atingir, não é possível prever o quanto destes objetivos serão alcançados. E isto se deve ao fato de que cada paciente tem características que lhe são próprias, tais como a espessura da pele e das cartilagens do nariz, elementos que podem interferir no resultado final. Também, há que se levar em conta que a reação local, após a retirada e o manuseio das estruturas do nariz, será igualmente variável de pessoa a pessoa.

**Exemplificando:** um (a) paciente com pele espessa na ponta nasal, após a retirada e modelagem da cartilagem local, terá uma ponta mais fina, mas não tão fina quanto a de um paciente com pele menos espessa. Do que é possível concluir que a natureza de cada caso impõe limitações que lhe são próprias e imprevisíveis. Por tal razão, a tentativa de prever uma imagem do(a) paciente em computador, será apenas uma idealização e, portanto, pode ficar bem longe da realidade.

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Tipo de anestesia: pode ser usada tanto a anestesia local quanto a geral, ou ainda, a associada. Há possibilidade de que a escolha seja feita pelo(a) paciente, todavia com prévia ponderação de sua conveniência com o(a) cirurgião(ã).
2. Tempo de duração do ato cirúrgico: em média 90 minutos, podendo ser mais prolongado, de acordo com a necessidade do caso.

3. Período de internação: meio período para as cirurgias realizadas sob anestesia local; 12 a 24 horas, quando utilizada anestesia geral ou quando a anestesia for associada. Mas a determinação deste tempo pode ser variável e fica na dependência de cada caso.

4. Escolha de um nariz novo: a possibilidade de escolha do paciente por um novo nariz vai até um certo limite, que é determinado pelo equilíbrio estético que deverá haver entre o nariz e a face do(a) paciente, o que será fruto de detalhado estudo do cirurgião sobre seu(sua) paciente.

5. **Evolução pós-operatória:** até que se atinja o resultado desejado, diversas fases evolutivas ocorrerão e são características desse tipo de cirurgia. Tais reações são variáveis de pessoa para pessoa, contudo é importante proporcionar o necessário tempo ao organismo para que ele “administre” esta nova situação. **NENHUM RESULTADO DE CIRURGIA ESTÉTICA DE NARIZ DEVERÁ SER AVALIADO ANTES DO 6º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO. O RESULTADO FINAL SE DARÁ EM TORNO DE 12 MESES.**

5.1 Dor: geralmente este tipo de cirurgia não apresenta dor no pós-operatório. O que incomoda é o desconforto causado, principalmente, pelo tampão nasal, quando este é empregado.

5.2 Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

5.3 Tamponamento nasal: não é usado de rotina. É empregado quando é realizada a septoplastia (correção de septo). Neste caso, é retirado o tampão, geralmente, após 24 horas. “Placa ou Gesso”: você usará sobre o nariz apenas um pequeno curativo plástico americano. É leve e discreto. Você o usará por 7 a 9 dias.

5.5 Edema (inchaço): é comum ao redor dos olhos, sendo mais intenso pela manhã, podendo até dificultar a abertura completa dos olhos por 1 ou 2 dias.

5.6 Equimoses (manchas roxas): ocorrem em alguns casos, especialmente ao redor dos olhos. Podem levar de 15 a 30 dias para desaparecer. Após a retirada do “gesso” já pode ser usado corretivo facial, possibilitando um melhor convívio social. Poderá ocorrer manchas vermelhas no branco do olho que desaparecerão em 7 a 10 dias.

5.7 Sangramento: pequeno sangramento no curativo (“bigode”) ou pelas laterais do gesso, próximo ao canto dos olhos, é considerado normal. Se ficar mais intenso ou não cessar com o repouso, avisar imediatamente seu médico.

5.8 Curativo: trocar somente o curativo “bigode” quando ele estiver muito úmido. Se preferir pode ficar sem o curativo, mas lembre-se de não assoar o nariz.

5.9 Repouso: não fazer repouso adicional, pois pode favorecer o aumento do edema. Usar dois travesseiros ao dormir, por uma semana, mantendo sempre a face voltada para cima (nunca lateralmente). O uso de meia elástica também é recomendado durante a cirurgia, e até 5 dias após, para prevenir o tromboembolismo.

6. Cicatrizes ou marcas de pontos: praticamente não existe cicatriz aparente, pois elas se encontram dentro do nariz. Em alguns casos poderá haver um único ponto em cada lado do nariz ou, então, uma cicatriz de aproximadamente 5 milímetros na columela (parte inferior do nariz) ou, ainda na base das asas nasais,

dependendo da técnica empregada. O aspecto final destas cicatrizes ficará na dependência do tipo de pele do(a) paciente e de suas características de cicatrização naquela região.

7. A respiração após a cirurgia: pode se apresentar melhor em uma das narinas, e no período inicial pode estar dificultada pelo inchaço (edema) interno e a lenta recuperação dos tecidos operados.

7.1 Rinite alérgica: quando preexistente à cirurgia, poderá reaparecer após a rinoplastia, demandando continuidade no seu tratamento clínico da rinite.

7.2 Desvio de septo: quando houver desvio de septo, a sua correção poderá ser feita concomitantemente à Rinoplastia.

8. Evolução para o resultado final: várias são as fases, conforme já mencionado no item 5, portanto, o resultado final não é imediato. Além do que, após a retirada do “gesso” (aproximadamente 8 dias), e mesmo corrigidos os principais defeitos do nariz, ele vai mostrar-se aquém do desejado, devido ao inchaço, que irá diminuir, gradativamente, até desaparecer em torno do 6º mês (esse período pode ser menor ou maior, dependendo do biotipo de cada paciente). O resultado de uma Rinoplastia é praticamente definitivo, ressaltando-se, porém, que após os 50 anos de idade, todo nariz começa a apresentar alterações morfológicas compatíveis com a idade, bem como devido à transformação apresentada pela pele que o reveste.

9. Em alguns casos o reposicionamento dos ossos nasais, pós-fratura, poderá deixar pequena assimétrica na porção óssea do nariz.

## **A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS**

Comunicar até 2 dias antes da cirurgia, ocorrências como gripe, indisposição, febre, resfriado, coriza ou quaisquer sintomas que afetem a boca, o nariz ou a garganta.

Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.

Em caso de internar-se no mesmo dia da cirurgia, comparecer ao hospital/clínica totalmente em jejum.

Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.

## **B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO**

Evitar sol, vento ou friagem nos três primeiros dias.

Usar compressas com soro fisiológico gelado sobre os olhos nas primeiras 05 horas e, depois, 30 minutos a cada 2 horas, por três dias.

Procure não abaixar a cabeça e não faça esforço físico.

Pode pingar soro fisiológico (opcional), à vontade, no nariz para facilitar a respiração.

Permanecer no domicílio, sem sair, até o 2º dia de pós-operatório.

Massagem tipo drenagem, após a retirada do gesso, sob a orientação do seu médico é indicada.

Retornar ao trabalho só após a retirada do “gesso” (aproximadamente 8 dias).

Caminhadas esportivas após 15 dias, evitando tomar sol.

Dirigir, geralmente, após o 5º dia de pós, se as condições visuais permitirem.

Uso de óculos, após 30 dias, ou antes, se liberado por seu médico.

Esportes após 45 dias.

Sol intenso após 45 dias, usando boné e protetor solar indicado por seu médico.

Após a retirada do gesso é livre o uso de maquiagem leve e o corretivo.

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.

Obedecer rigorosamente à prescrição médica.

Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.

Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

## **ALTA CIRÚRGICA**

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com tomada de novas fotos para estudo fotográfico de controle de qualidade dos resultados. Na maioria dos casos, o(a) paciente receberá alta nesta ocasião. Todavia, pode haver casos para os quais será necessário indicar um pequeno retoque, ou refinamento, para corrigir mínimas imperfeições, desvios ou formação de fibrose (pequenas “calosidades”, que possam prejudicar o resultado obtido). Neste caso, você poderá marcar com seu médico a época que lhe for mais conveniente para a realização desta intervenção. Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

## **RISCOS**

Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, a Rinoplastia pode apresentar os seguintes riscos: sangramento nasal, cicatrizes aparentes, rinite alérgica, respiração nasal insatisfatória, necrose de pele ou de mucosa, forma insatisfatória do nariz. 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.

## **RETOQUE**

Toda cirurgia plástica, apesar da perícia e da capacidade dos profissionais responsáveis e dos esforços e das cautelas por estas empregadas, 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.

#### **DO CONSENTIMENTO:**

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter acessado o site [www.laerciocadoreplastica.com.br](http://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, portanto, dou meu consentimento livre e esclarecido, para que o Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), e toda sua equipe, realizem em mim o procedimento acima mencionado, de **RINOPLASTIA ou RINOSSEPTOPLASTIA** bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes. 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. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente. 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 serem 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

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