

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AUMENTO DA PANTURRILHA COM PRÓTESE (IMPLANTES)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS OBJETIVO:

OBJETIVO: a cirurgia de aumento da panturrilha lhe proporcionará panturrilhas mais grossas, mas somente na sua porção interna. A escolha do tamanho desejado não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia: o seu médico experimentará moldes de tamanhos de próteses durante o ato cirúrgico, mas a escolha final será baseada nas suas medidas e, principalmente, nas condições de acomodação e elasticidade de sua pele local.

ASSIMETRIAS: Todo corpo tem diferenças entre um lado e outro, sendo que muitas pessoas nunca notaram estas pequenas diferenças até terem feito uma cirurgia. Esta diferença, se existente, permanecerá após a cirurgia, podendo após o aumento das panturrilhas ser mais notado pelo(a) paciente.

CICATRIZES existirão e se situarão nas pregas POSTERIORES do joelho, conforme será demonstrado previamente pelo seu médico, para seu conhecimento e aprovação. As cicatrizes são definitivas e seu aspecto final dependerá das características próprias da sua pele nestas regiões. Mas elas ficarão aparentes e perceptíveis. Além disso, no início serão mais evidentes, normalmente melhorando com o decorrer do tempo. Em alguns casos poderá ocorrer a formação de quelóide, cicatrizes alargadas e/ou cicatriz hipertrófica, comprometendo definitivamente seu aspecto. Este é um risco que ocorre em qualquer cirurgia, plástica ou não e, se você não pode aceitá-lo não deve se submeter a esta cirurgia.

SENSIBILIDADE e Contratura capsular: poderá haver alteração na sensibilidade da pele local. Isto porque as próteses de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidas por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo à presença da prótese. Em raros casos, esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer as panturrilhas e até modificar o seu formato, ocasionando um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Este evento leva o nome de “contratura capsular”, podendo ser necessário realizar-se nova cirurgia, ou a troca de prótese e, em alguns casos, até a retirada da prótese, provocando flacidez local.

TRAUMATISMO: na eventualidade de ocorrer um traumatismo violento sobre as próteses, é importante que seu médico avalie o aspecto das mesmas para verificar sua integridade. As próteses atuais contêm gel de alta coesividade e resistência, em razão do que, mesmo em casos de ruptura, apresentam menor difusão de silicone nos tecidos.

TROCA DE PRÓTESE (IMPLANTES): Alguns médicos recomendam trocar as próteses (IMPLANTES) a cada 10 anos. Não há consenso ainda sobre esta necessidade, até o presente momento, mas, por precaução e cautela, o ideal é manter um exame anual, só trocando as próteses quando forem encontrados sinais de ruptura.

DURAÇÃO DO RESULTADO: o novo formato das pernas não será para sempre, pois estará sujeito às mudanças que a idade provoca nos músculos e na pele. Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias, com ou sem troca das próteses, na tentativa de oferecer um resultado próximo ao obtido anteriormente. Estes riscos, e outros, mencionados adiante, devem ser perfeitamente entendidos e aceitos por você, antes de fazer sua cirurgia.

ALTA COMPLETA: após 6 meses, será submetido(a) a nova consulta com tomada de fotos pós-operatórias e controle de qualidade dos resultados. Na ocasião, se necessário, poderão ser sugeridos pequenos refinamentos que possam colaborar com a melhora do resultado. Escolha com seu médico a época mais oportuna para estes pequenos procedimentos.

RISCOS

Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia, as cirurgias de aumento das panturrilhas com próteses apresentam os seguintes riscos:

- o Dor local moderada ou severa, precoce ou tardia e até mesmo crônica;
- o Aumento e/ou forma insatisfatória (muito grande ou muito pequena);
- o Próteses visíveis ou palpáveis;
- o Perda de um ou mais pontos (deiscência) pelo esforço e tensão local e/ou infecção;
- o Endurecimento e/ou deformação e/ou dor (contratura capsular) de uma ou ambas as pernas em qualquer época recente, tardia ou muito tardia, após a colocação das próteses;
- o Infecção, exposição para fora da pele e perda da prótese (extrusão da prótese);
- o Movimentação da(s) prótese(s) provocando forma insatisfatória da(s) panturrilha(s);
- o Ruptura da prótese, durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;

o Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma perna e outra) seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria já preexistente;

o Alterações na sensibilidade local, seja transitória ou definitiva, acúmulo de sangue ou líquido (hematoma e seroma) no local da prótese, requerendo drenagens no local ou reoperação precoce ou tardia;

o Manchas na pele local ou à distância (rush cutâneo);

o Eventual prejuízo e limitações para algumas práticas esportivas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, lúpus) não foi comprovado até o presente. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um destes riscos, e o que poderá ser feito caso estas situações infrequentes ocorram.

Riscos adicionais poderão vir a ser evidenciados pela pesquisa médica. Exame por ressonância magnética, 3 anos após a cirurgia e depois a cada 2 anos, é recomendável para detecção de rupturas e prevenção de suas consequências.

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.

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.

DO CONSENTIMENTO:

Eu _____,
portador(a) do CPF nº _____, (ou meu representante legal), **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, portanto, dou meu consentimento para que o(a) 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 ato cirúrgico acima mencionado, de AUMENTO DE PANTURILHAS COM PRÓTESES (IMPLANTES), 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, 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 me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião. 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