

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA**

### **INFORMAÇÕES GENÉRICAS**

A cirurgia de Ginecomastia se destina a retirar o excesso de gordura e/ou de glândulas da região peitoral masculina. Quando o volume excessivo local for exclusivamente de gordura, esta será retirada por lipoaspiração, restando uma cicatriz de aproximadamente 0,5 cm. Quando houver glândula mamária ocasionando a deformidade, a cicatriz deixada ficará na borda da aréola. Em caso de grande volume local poderá ocorrer sobre de pele. Entretanto esta pele, com o passar do tempo, se reacomodará sobre a região. Em alguns casos, poderá ser necessária uma cirurgia de retoque ou refinamento para a retirada de mais pele, ficando, nestes casos, uma cicatriz maior e mais visível. O aspecto “achatado”, às vezes resultante, deverá ser corrigido com musculação, a ser indicada para alguns pacientes, por seu médico, no devido tempo.

### **INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS**

Após a cirurgia você usará uma cinta modeladora sobre a região peitoral e, eventualmente, terá um curativo e dois drenos (pequenos tubos) sob o modelador.

Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. Serão trocadas pelo seu médico, por ocasião dos dois primeiros curativos.

Drenos: serão retirados, geralmente, no 1º dia após a cirurgia (marcar hora).

Dor: moderada, sendo minimizada com analgésicos. Alguns pacientes não chegam a precisar de analgésicos.

Edema (inchaço): será acentuado, principalmente, na região da aréola e dos mamilos, impedindo a visualização final do resultado, por várias semanas.

Amortecimento: a pele da região ficará amortecida por algum tempo, o que é variável de paciente a paciente.

Equimoses (manchas roxas): frequente nas áreas lipoaspiradas ou mesmo muito abaixo delas. Desaparecem em, aproximadamente, 30 dias.

Nódulos: aparecem nas áreas de lipoaspiração, eventualmente podendo ser sentidos à palpação. Geralmente desaparecem no decorrer do pós-operatório. Caso persistam por mais tempo, podem requerer drenagem linfática, ultrassom ou pequeno retoque.

Repouso: Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço). Ficar sentado ou semissentado é uma boa alternativa. Quando no leito, movimentar frequentemente os pés e as pernas.

Banho: liberado a partir do 2º dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5º dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira. Modelador: uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-lo quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço).

Fitas de Micropore: realizar a troca somente uma vez por semana: aguarde a liberação de seu médico para este início. Você as usará sobre as cicatrizes, por aproximadamente 2 meses e de acordo com o caso; poderão ser trocadas por fitas de silicone durante o dia e creme para massagem, nas cicatrizes, à noite. 65

Ficar no domicílio por 24 horas, sem sair. Mas começar a andar, dentro de casa, após 5 horas depois da cirurgia.

Retirada dos pontos: caso hajam, serão retirados entre 7 a 10 dias de pós-operatório.

Trabalho: se não for exaustivo, reiniciar após o 4º dia de pós.

Caminhadas e Esportes: desde que não envolvam a área operada – após 15 dias. Esportes que envolvam a área operada, tais como musculação para braços, ombros, peitoral e dorso, natação e aeróbica, só após 45 dias.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele. Desde que não incida diretamente sobre as cicatrizes, estará liberado após 2 meses. Usar protetor solar.

Dirigir automóvel: após 5 dias, caso se sinta apto para isso e se não sentir dores.

Drenagem linfática e ultrassom: seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1ª semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

Alta completa: após 6 meses, quando será submetido a nova consulta e feitas fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final,

ou seja, para retirar pele que possa estar comprometendo o bom resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização.

## **RISCOS**

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico e à anestesia, a Ginecomastia apresenta, ainda, os seguintes riscos: persistência de pele, gordura ou glândula, formato local diferente do esperado, necroses da pele, diminuição ou perda da sensibilidade local, assimetrias entre um lado e outro ou no mesmo lado, cicatrizes aparentes ou queiloideanas, hematoma, seroma (acúmulo crônico de líquido sob a pele). O seu médico está à sua disposição para lhe explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso algum destes eventos ocorram.

## **Lembretes finais**

Obedecer rigorosamente à prescrição médica.

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.

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). Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de Ginecomastia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine qualquer dúvida restante.

## **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 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 GINECOMASTIA, 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 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 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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 anesthesiologista, 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 anesthesiologista 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 anestesiológicos 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