

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA LIFTING DE BRAÇO

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

O Lifting de braços é indicado para remover o excesso de pele flácida e parte do tecido adiposo (gordura) dos braços. O resultado será mais perceptível nos dois terços proximais do braço. Sempre haverá como resultado final uma cicatriz cuja localização e extensão dependerá da quantidade de pele a ser ressecada e do plano cirúrgico traçado pelo cirurgião. As cicatrizes mais comuns são as que envolvem a linha da axila e o eixo mediano da face interna do braço em linha reta ou quebrada.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1. Tipo de anestesia:** A indicação do tipo de anestesia cabe ao anestesista, que é o médico especialista desta área. Pode ser anestesia geral ou local sob sedação.
- 2. Tempo de duração do ato cirúrgico:** Em média 90 a 120 minutos, podendo variar para mais ou para menos.
- 3. Período de internação:** de 12 horas a 1 dia, numa evolução normal.
- 4. Evolução pós-operatória:** até ser atingido o resultado ideal, diversas fases ocorrerão e são características desse tipo de intervenção, a saber:

Cicatrização: até o 30º dia o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou ao curativo. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e mudança nas tonalidades de sua cor, podendo passar de vermelho ao marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é o que mais preocupa os (as) pacientes. Todavia, ele é temporário e varia de paciente a paciente. Do 12º ao 18º mês a cicatriz tende a tornar-se cada vez mais clara e menos espessa, atingindo assim o seu aspecto definitivo.

PORTANTO, QUALQUER AVALIAÇÃO DEFINITIVA DE UMA CIRURGIA DESTE TIPO DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES. Poderá haver formação de cicatriz patológica (queloide, cicatriz

hipertrófica ou alargada) dependendo das características do próprio organismo e/ou da susceptibilidade individual.

5. Dor no pós-operatório: É muito variável, podendo até mesmo não haver dor. Será prescrito analgésico para ser administrado se for necessário.

6. Curativos: Haverá curativo sobre as incisões (corte). Estes curativos devem receber cuidados especiais que o seu médico irá orientá-lo no momento da alta hospitalar.

7. Náusea: Pode ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

8. Equimoses (manchas roxas): É normal o seu aparecimento nas áreas operadas.

9. Edema (inchaço): O braço permanecerá inchado por tempo variado, em geral de 1 a 3 meses, impedindo que você observe o verdadeiro resultado obtido, o qual ficará mais evidente no espaço de 06 meses a 01 ano.

10. Seroma: Líquido que se acumula sob a pele. Nesta eventualidade, seu médico fará uma aspiração deste líquido com uma seringa. Sua retirada é praticamente indolor pelo fato de a pele estar ainda com a sensibilidade diminuída. Quando ocorrer seroma seu repouso deve ser mais prolongado. Raramente será necessária uma nova intervenção cirúrgica para controle do seroma.

11. Retirada dos pontos: Em média, do 10º ao 15º dia.

12. Em torno do 4º ou 5º mês, após o procedimento cirúrgico, o braço voltará a ter leve ou moderada flacidez, decorrente da perda da elasticidade da pele (capacidade da pele de segurar o resultado).

13. Por estar a cicatriz sob ação de tensão, devido à ressecção, poderá vir a ser verificado alargamento, hipertrofia ou quelóide, principalmente no terço médio, local de maior tensão.

14. Cicatrização demorada: com aberturas dos pontos. Algumas áreas da pele do braço próximas à incisão (corte) podem demorar a cicatrizar e algumas podem morrer (necrose) e necessitar de curativos por um tempo determinado. **Fumantes têm um risco aumentado de morte de pele (necrose) e de complicações na cicatrização e o fumo deve ser interrompido 30 dias antes da cirurgia.**

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre, período menstrual, etc.

2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado pelo seu cirurgião.

3. Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer e anticoagulantes por um período de 10 dias antes do ato cirúrgico (incluindo também os diuréticos).

4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.
5. Programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 semanas.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar esforço físico e abertura dos braços excessiva pelo tempo de 30 dias.
2. Usar meia elástica (suave compressão), seguindo as orientações do seu médico.
3. Obedecer rigorosamente a prescrição médica.
4. Voltar ao consultório para a troca de curativos nos dias e horários marcados.
5. Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica).
6. Tomar sol só após 3 meses de pós, sem atingir as cicatrizes e/ou áreas que se encontrem, ainda, eventualmente, roxas. E quando o fizer, usar protetor solar.
7. Dirigir automóvel: após 30 dias de pós-operatório.
8. Esportes: esforços com os braços somente após 2 meses da cirurgia.
9. Drenagem linfática: iniciar após o 3º dia de pós, com profissional indicado(a) por seu médico.
10. 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.
11. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o(a) cirurgiã(o). Tenha sempre em mente que o bom resultado final de qualquer cirurgia também depende de você.

RISCOS

Além dos riscos inerentes a todo e qualquer procedimento cirúrgico, o lifting de braço ainda apresenta os seguintes riscos: perda de áreas de pele (necrose); persistência de excesso de pele e/ou de gordura; diminuição ou perda da sensibilidade em alguma parte do braço, podendo esta perda ser transitória ou definitiva; acúmulo de líquidos ou de sangue sob a pele, exigindo múltiplas drenagens (seromas e hematomas); trombose venosa profunda (TVP), podendo evoluir para embolia pulmonar; depressões na pele e, em raros casos, necessidade de reoperação; morte.

TABACO/ÁLCOOL: O TABAGISMO, USO DE DROGAS E DE ÁLCOOL AINDA QUE NÃO IMPEÇAM A REALIZAÇÃO DE UMA CIRURGIA, SÃO FATORES QUE PODEM DESENCADear COMPLICAÇÕES

CIRÚRGICAS. A INTERRUPÇÃO DO USO DO TABACO OU DROGAS/ÁLCOOL NÃO CESSAM OS MALEFÍCIOS DO USO ANTERIOR, APENAS DIMINUEM A PROBABILIDADE DE POSSÍVEIS EFEITOS DELETÉRIOS. DEVE-SE SUSPENDER O USO DE TABACO, POR PELO MENOS 60 DIAS, ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Lembrete

Toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de retoques ou restauro para um melhor refinamento do resultado final. Em caso do seu médico indicar este procedimento, você não terá despesa com honorários do cirurgião, ficando apenas responsável pelos demais gastos relativos ao procedimento. Converse sobre isto com seu médico. Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia 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 alguma dúvida restante.

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 do 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.clinicasanpietro.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, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de LIFTING DE BRAÇOS, 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 todos as informações pessoais e fotos tiradas no pré e pós operatório fornecidos neste respectivo estabelecimento estão 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