

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO BLEFAROPLASTIA (Cirurgia Plástica das pálpebras) E CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO desta cirurgia é o de retirar o excesso de pele das pálpebras superiores e inferiores, bem como as assim denominadas “bolsas” de gordura das pálpebras inferiores, a fim de proporcionar uma aparência mais (“repousada”) harmoniosa ao rosto. Em determinados casos de flacidez acentuada das pálpebras inferiores, na presença ou não de ectrópio (pálpebra virada para fora), pode haver necessidade de realizar cantopexia (cirurgia de fixação das pálpebras). Portanto, a cirurgia plástica das pálpebras retira apenas os excessos de pele e de gordura, procurando corrigir a flacidez muscular e melhorar o aspecto funcional e estético daquelas. Os conhecidos “pés de galinha”, por se encontrarem fora do limite das pálpebras, não sofrerão modificação. Lembrar, ainda, que só a cirurgia das pálpebras, isoladamente, não proporciona um rejuvenescimento geral à face; isto demandaria outras condutas associadas à Blefaroplastia; bem como não irá elevar os supercílios.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

1. Idade: Não existe uma idade ideal, mas sim, uma oportunidade ideal que é determinada pela necessidade de corrigir o defeito apresentado.
2. Período de internação: É variável de paciente para paciente, mas em média de 6 horas (com anestesia local). Em caso de ser necessário anestesia geral (o que é raro), este prazo pode alongar-se um pouco mais.
3. Tipo de anestesia: Pode ser local, ou local com sedação. Anestesia geral: utilizada apenas quando há contraindicação clínica para anestesia local, ou quando a blefaroplastia será feita associada a outras cirurgias.
4. Tempo de cirurgia: normalmente, em torno de 2 horas, todavia este tempo pode ser maior ou menor, variando em função do(a) paciente e dos detalhes a serem corrigidos em cada caso.

5. Dor: não é esperada. O mais comum é um desconforto local (sensação de estar usando óculos de natação apertado). Prurido (coceira) no local pode ocorrer até 3 dias. Ocorrendo dor, será abolida com o uso de analgésicos comuns, que seu médico lhe indicará. Não se automedique.
6. Oclusão ocular: não é necessário que os olhos fiquem ocluídos após a cirurgia, embora alguns médicos assim o prefiram. Todavia, é recomendável o uso de compressas frias (quase gelada), com água filtrada, soro fisiológico ou chá de camomila. Usar continuamente nas primeiras 5 horas após a cirurgia. Depois, fazer compressas com duração de 30 minutos, a cada 2 horas, durante o dia, por 3 dias consecutivos. Este procedimento é para evitar que o edema se acentue. Durante o sono, não é necessária a troca de compressas.
7. Edema (inchaço) é comum, e varia de paciente para paciente, sendo mais acentuado nos três primeiros dias, especialmente pela manhã, podendo ter dificuldade para abrir os olhos. Do 5º ao 8º dia já evolui para uma aparência mais natural. Em alguns casos, após o 3º mês pode ainda subsistir um edema residual discreto.
8. Manchas roxas: são comuns numa Blefaroplastia e se devem à infiltração de sangue na pele subjacente, podendo se espalhar também pela conjuntiva ocular. Isto resulta do trauma cirúrgico, não se constituindo em problema, nem sendo considerada uma complicação, mas uma mera intercorrência transitória e, portanto, reversível, não comprometendo a visão e desaparecendo, em média, 20 dias depois. Hematoma simples ou retrobulbar (atrás do globo ocular) pode ocorrer em pacientes com hipertensão descontrolada ou com distúrbios de coagulação podendo evoluir com perda da visão.
9. Cicatrizes: sendo a pele das pálpebras de espessura muito fina, as cicatrizes tendem a se confundir com os sulcos da pele, o que se dará após o período de maturação que é, em média, de 3 meses.
10. Mília: são pequenas “bolinhas” brancas, gordurosas, que costumam surgir próximas às cicatrizes. Serão suavemente retiradas, quando de suas visitas ao médico, e sem necessitar de anestesia.
11. Lacrimejamento: é normal que ocorra nos primeiros dias de pós-operatório.
12. Visão embaçada: pode ocorrer, e se deve tão somente à pomada aplicada, à noite, nos olhos.
13. Infecção: em pacientes imunodeprimidos ou diabéticos descompensados.
14. Necrose (morte) tecidual: pacientes fumantes inveterados.
15. Quemose: Inchaço temporário da membrana conjuntiva que recobre o olho.
16. Retração ou afastamento da margem palpebral inferior para baixo ou para fora do globo ocular decorrente de hematoma ou excesso de remoção cutânea.

17. Alteração temporária ou raramente definitiva para menos ou para mais do grau de refração devido a correção da posição e flacidez palpebral.

18. Diminuição transitória da lubrificação ocular, podendo ocorrer ceratite (inflamação) ou excepcionalmente úlcera de córnea devido a má oclusão palpebral e lubrificação ocular deficiente.

19. Resultado final: o resultado definitivo só será efetivamente observado após o 6º mês, quando o(a) paciente será submetido(a) a novos exames e novas fotos para análise comparativa do resultado.

20. Qualquer sintoma diferente dos acima citados deverá ser imediatamente comunicado a seu médico.

RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

NO PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Compareça ao local da cirurgia (hospital, clínica), no horário previsto e marcado na sua guia de internação. Venha acompanhado(a);
2. Comunique qualquer anormalidade ocorrida antes da internação;
3. Não use maquiagem no dia da internação;
4. Traga óculos escuros para seu maior conforto ao receber alta;
5. Caso a internação se dê no mesmo dia da cirurgia e sua anestesia seja local, tome apenas uma xícara de café com leite, acompanhada de pequena quantidade de pão ou bolacha. Em caso de anestesia geral, venha em jejum.

NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Use dois travesseiros para dormir nos primeiros 3 dias.
2. Não traumatize, nem coce os olhos;
3. Evite vento, sol e friagem por 30 dias;
4. Use óculos escuros sempre que se expuser à luz natural;
5. Alimente-se normalmente;

6. banho está liberado a partir do 2º dia (caso haja fita de micropore na região operada, seque-a cuidadosamente);
7. Permanecer no domicílio até o 4º dia;
8. Óculos, TV e leitura: liberados a partir do 2º dia, se tiver condições, e sem forçar;
9. Retirada dos pontos: entre 4 a 7 dias (marcar horário com seu médico);
10. Trabalho: alguma atividade após o 4º dia, se as condições visuais permitirem;
11. Dirigir: quando as condições visuais permitirem. Nunca antes do 4º dia.
12. Maquiagem leve, e corretivo só após o 4º dia;
13. Lentes de contato: após 15 a 30 dias. Fale com seu médico;
14. Caminhadas esportivas: após 10 dias, usando óculos, boné e evitando sol;
15. Esporte, exceto natação: após 20 dias;
16. Natação: após 30 dias, porém tendo o cuidado de usar óculos do tipo utilizado em jet-sky, para não comprimir a área operada;
17. Sol direto na face: após 45 dias, desde que não apresente manchas roxas, usando protetor solar (FPS 30), óculos de sol e boné;
18. Obedeça às prescrições de seu(sua) médico(a);
19. Volte ao consultório para fazer os curativos e as revisões nas datas estipuladas; não se automedique.
20. Consulte estas instruções tantas vezes quantas forem necessárias;
21. O bom resultado final também depende de você.

OBS.: O cirurgião não pode ser responsabilizado pelo resultado de uma cirurgia, cujo(a) paciente abandona o acompanhamento pós-operatório

Informação importante: em casos raros poderá ser indicada uma revisão ou complementação de resultado, também denominada retoque ou refinamento. Isto ocorrerá caso seja necessário acomodar a pele da pálpebra superior ou retirar resíduos da bolsa gordurosa da pálpebra inferior. Mais raramente poderá ser indicada uma intervenção para elevar a pálpebra inferior. Todavia, estes serão procedimentos menores que a cirurgia

realizada anteriormente e, caso se façam necessários, o(a) paciente deverá marcar com seu médico qual a época mais conveniente para a sua realização.

RETOQUE

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

O 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), com sua equipe, o procedimento cirúrgico de BLEFAROPLASTIA. 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 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 todos 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