

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL (LIFTING)

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O objetivo da cirurgia conhecida como “face lift” ou, também, “lifting de face” é amenizar os sinais do envelhecimento facial, pois sabe-se ser impossível voltar a ter o mesmo aspecto facial dos anos de juventude. Ou seja, não será possível devolver-lhe a face que você tinha aos 18, 20, 30 ou 40 anos. Entretanto, será possível atenuar as marcas da maturidade, conferindo-lhe um aspecto mais agradável e mais descansado. Portanto, é muito importante que você tenha uma clara compreensão das possibilidades e limitações do resultado desta cirurgia, antes de optar pela mesma. Primeiramente você deve estar ciente de que não é possível prever, com exatidão, o aspecto final após uma cirurgia de rejuvenescimento facial, pois cada pele e cada paciente apresentam características próprias, as quais podem interferir na qualidade do resultado final e, também, na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios. Algumas rugas permanecerão e necessitarão outros tratamentos opcionais complementares como Peeling, toxina botulínica e preenchimentos. É possível, no entanto, atenuar os sinais do envelhecimento e da flacidez, proporcionando à sua face um aspecto mais descansado e bem disposto.

SOBRE OS OUTROS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES

Para a complementação do seu rejuvenescimento, talvez sejam necessários outros tratamentos complementares, dentre os quais:

- 1) Peeling** – que é a aplicação de substâncias químicas sobre a pele para a renovação da sua camada superficial, diminuindo a profundidade das rugas que permanecem após a cirurgia. Oferece uma boa melhora para a pele do tipo “marcada pelo sol”.
- 2) Toxina botulínica** – usa-se a aplicação da toxina antirrugas para diminuir as marcas musculares, principalmente na testa e, também, aquelas que aparecem durante o ato de sorrir, bem como os denominados “pés de galinha”. Embora o efeito deste tratamento seja, em média, de apenas 06 meses

(podendo variar para mais ou para menos), todavia, sua ação beneficia muito a expressão e protege a pele de novas marcas, pois diminui a contração muscular.

3) Preenchimento – este pode ser realizado com várias substâncias, visando atenuar aquelas rugas ou sinais remanescentes à cirurgia e, ainda, resistentes aos Peelings e à toxina botulínica. De duração variável (em média de um a dois anos), são de grande efeito para o resultado final de um tratamento de rejuvenescimento. Todos estes tratamentos e, ainda, as aplicações de laser, são possibilidades alternativas e só serão realizadas em pacientes que desejarem uma melhora adicional à sua face. Cada qual terá características, riscos e custos adicionais.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Face Exposta – Normalmente ataduras são usadas nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Procure não se impressionar com seu aspecto após a cirurgia, pois o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) vão aparecer e são absolutamente normais nesta fase. Entretanto, dia após dia apresentarão melhora, até sua recuperação completa. Só então você poderá começar a ver o resultado obtido com a cirurgia.

Touca – ao sair da Clínica, você estará usando uma faixa de velcro, para seu maior conforto, principalmente ao dormir. Ela deve ficar confortável, sem apertar excessivamente a face.

Drenos – apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte à cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.

Náusea – poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;

Dor – a região operada ficará amortecida, sendo pouco frequente dor local. Poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado), além de eventual prurido (coceira), por aproximadamente 3 dias.

Manchas Roxas (equimoses) – poderão estar presentes no pescoço e ao redor dos olhos, desaparecendo, em média, após 20 dias. Contudo, após 7 dias, você já poderá usar cosméticos para escondê-las.

Edema (inchaço) – é discreto, e dia a dia fica progressivamente menor. Será mais intenso pela manhã, podendo se localizar nas laterais do pescoço e na região dos olhos, dificultando o abrir das pálpebras, nos três primeiros dias.

Manchas Vermelhas – podem ocorrer no “branco dos olhos”, sendo até mesmo frequentes, mas logo desaparecem.

Fechamento Incompleto dos Olhos – é normal nos primeiros dias após a cirurgia.

Lacrimejamento – pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema.

Visão Embaçada – pode ocorrer e geralmente será devido à pomada oftálmica aplicada nos olhos, antes de dormir.

Grumos – pequenos coágulos poderão ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente, 06 meses após a cirurgia.

Cicatrizes – as cicatrizes estarão nos locais que seu médico lhe mostrou nas consultas, antes da cirurgia, ou seja: nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo. No início, poderão ser pouco elevadas, firmes e avermelhadas. Posteriormente, ao longo de semanas e meses, essas cicatrizes ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características de sua pele. Embora a imensa maioria dos(as) pacientes conviva bem com suas cicatrizes, nenhum cirurgião poder oferecer garantias sobre a qualidade final das mesmas. Esta é uma variável biológica, pois cada organismo cicatriza à sua maneira, portanto este é um risco que você precisa aceitar, antes de ter sua face operada.

Depressão – ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em paciente com antecedentes semelhantes. A cirurgia de rejuvenescimento é uma cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer certa apreensão e alguns questionamentos para muitos(as) pacientes. Estas sensações são gradativamente substituídas pela integração de uma nova imagem, uma face que você nunca teve antes, mas que preserva os traços básicos de sua pessoa e de sua personalidade. Após sua recuperação você terá um aspecto mais jovial, porém natural, como se não tivesse sido operada. Sempre que necessário, procure seu médico, ele terá prazer em lhe oferecer o apoio que você precisa.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Não toque nas áreas operadas.
- Dieta – prefira alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos três primeiros dias.
- Evite falar excessivamente nos três primeiros dias.
- Repouso – não faça repouso excessivo, movimente-se dentro de casa. Ao dormir não use travesseiro.
- Compressas geladas – até o 3º dia use chá de camomila gelado, por 30 minutos, a cada 2 horas, enquanto estiver acordado(a).
- Use a faixa enquanto lhe for confortável. Não deverá ficar apertada, nem fazer pressão no pescoço.
- Lavagem do cabelo – somente após o 2º dia, com muito cuidado, usando água morna e Soapex Cremoso. Secador, somente o manual e com moderação e ar morno.

- Meia Elástica (compressão suave) – deverá ser usada por 30 dias (só tirar para o banho); previne a trombose.
- Óculos, TV e Leitura – se você tiver condições de usufruí-los, estão liberados desde o 2º dia (sem forçar).
- Retirada dos pontos – inicia-se no 4º dia após a cirurgia.
- Trabalho – iniciar somente após 15 dias de pós-operatório.
- Caminhadas esportivas – somente após 20 dias (evite sol e use óculos escuros);
- Sol direto na face – só após 4 meses, se tiver sido realizada dermoabrasão associada à cirurgia. Ou, então, após 2 meses se esta não foi associada. Use sempre protetor solar (FPS 30), além de chapéu e óculos. Não há contraindicação à exposição trivial ao sol como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 5º dia da cirurgia.
- Maquiagem leve ou corretiva – somente após o 7º dia. - Shampoo e Rinse – somente após o 7º dia (antes use Soapex).
- Dirigir – somente após 10 a 15 dias.
- Lentes de contato – somente após 15 a 30 dias.
- Natação – somente após 60 dias, porém com óculos do tipo usado em Jet-ski, para evitar compressão na área operada.
- Tintura de cabelo e Secador de Salão – somente após 30 dias.
- Hidratantes e Cremes de Limpeza – usar somente os prescritos por seu médico.
- Drenagem Linfática e Ultrassom – se necessários, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico.
- **Atenção: 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.

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).

Tenha sempre em mente que o bom resultado final da sua cirurgia também depende de você.

SOBRE A ALTA CIRÚGICA

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com sessão fotográfica para controle de qualidade dos resultados. Provavelmente, já receberá alta da cirurgia, e será orientado(a) sobre a segunda e terceira etapas opcionais (enxerto estrutural de células adiposas e peeling químico, se for inverno). Outros tratamentos, tais como toxina botulínica e/ou injeções de preenchimento, poderão, também, ser recomendados por seu médico. Em alguns casos poderá haver a indicação de uma complementação da cirurgia realizada, conhecida como “retoque” ou “refinamento” do resultado final, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior. Estes são procedimentos muito menores em relação à cirurgia já realizada. Converse com seu médico sobre qual a época mais conveniente para a sua realização.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia e anestesia, a cirurgia de Rejuvenescimento Facial ainda apresenta os seguintes riscos: pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo(a) paciente), lacrimejamento, exposição do branco do olho (lagoftalmo/ectrópio), persistência de bolsas gordurosas, raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos, alteração na lubrificação do olho, alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta [em homens] ou alargamento da testa), perda de área de pele (necrose), com consequente cicatriz ou mancha local, alteração na mobilidade da testa, edema (inchaço) persistente, assimetria ou abaixamento de supercílio, perda temporária do movimento de alguma região da face, lesão na glândula parótida, manchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão, quelóides. O seu médico está à sua disposição para explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes ocorram. 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 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, 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 REJUVENESCIMENTO FACIAL, 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 anestesiolegista 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. 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 _____.

_____ CPF: _____
Assinatura do(a) paciente ou responsável

_____ CPF: _____
Assinatura da Testemunha

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