

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA PLÁSTICA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

A função deste termo é fornecer informações sobre o tratamento, incluindo os riscos inerentes ao mesmo.

É uma recomendação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e uma exigência da Rede Meridional.

Eu,
autorizo o médico _____ (CRM –
ES _____) e sua equipe, a realizar o procedimento cirúrgico denominado
cientificamente como:

O procedimento foi explicado através de consultas e orientações pré-operatórias, expondo os seguintes pontos:

A qualidade da cicatriz depende não só da técnica cirúrgica e dos cuidados do paciente. Depende também da predisposição individual quanto à cicatrização, a qual não podemos prever.

A área operada passará por um período indeterminado em que podem ocorrer inchaço, dor, manchas e alteração de sensibilidade.

Caso haja acúmulo de líquidos pode ser necessário drenagem.

A pele pode apresentar déficit em sua irrigação (necrose), e o uso do tabaco aumenta esse risco. O paciente deve manter-se livre deste hábito, no mínimo por 30 dias antes e 30 dias depois da cirurgia. O uso do cigarro também aumenta o risco respiratório e cardiovascular, presente mesmo nos não-fumantes.

Algumas complicações podem ocorrer após qualquer cirurgia, tais como, tromboembolismo e infecção. São incomuns em cirurgia plástica (cerca de 0,5- 2%), e usaremos os meios preconizados na redução destes riscos, mas sabemos que não há cirurgia com risco zero de infecção ou tromboembolismo.

Raramente, nas cirurgias de face podem ocorrer assimetrias de movimentos.

Em toda cirurgia com uso de implante é possível haver futura necessidade de troca ou retirada do mesmo. Há associação rara (0,0028%) e ainda em estudo, de implantes e um tipo de linfoma (o ALCL).

As cirurgias de redução mamária podem, eventualmente, interferir com a amamentação.

Toda cirurgia, eventualmente, necessita abordagens complementares para chegar-se ao resultado esperado. Nestes casos, a equipe cirúrgica não cobrará novos honorários, e o hospital e anestesista cobrarão a metade do honorário convencional.

Estaremos prontos para manter um seguro ato anestésico-cirúrgico, lançando mão, se necessário, de procedimentos adicionais, transfusões sanguíneas, ou cuidados de terapia intensiva. O uso de tais recursos, poderá resultar em custos adicionais aos previstos.

Concordo em observar os cuidados pós-operatórios até meu restabelecimento completo, e sei que não devo fazer nenhuma cirurgia em vigência de gravidez.

Declaro que pude esclarecer minhas dúvidas, e que estou ciente de que não há possibilidade de garantia absoluta sobre os resultados, dadas as limitações impostas pela própria natureza e medicina.

Não sou alérgico (a) a nenhuma medicação, exceto, a(s) seguinte(s) relacionada(s):

.....

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

_____, ____ de _____ de _____.

MÉDICO

Nome:

CRM:

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).