

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 do Hospital Meridional.

1 - Eu, _____
autorizo o **Dr. Jorge Lorenzoni Moulim (CRM-ES 7797)** e sua equipe a realiza o procedimento cirúrgico denominado cientificamente como: _____.

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

- a. 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.
- b. A área operada passará por um período indeterminado em que podem ocorrer inchaço, dor, manchas e alteração de sensibilidade.
- c. Caso haja acúmulo de líquidos pode ser necessário drenagem.
- d. A pele pode apresentar déficit em sua irrigação (necrose), e o uso do tabaco aumenta esse risco. O paciente deve manter-se livre desse 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.
- e. 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 desses riscos, mas sabemos que não há cirurgia com risco zero de infecção ou tromboembolismo.
- f. Raramente, nas cirurgias de face podem ocorrer assimetrias de movimentos.
- g. Em toda cirurgia com uso de implante é possível haver futura necessidade de troca ou retirada do mesmo.
- h. As cirurgias de redução mamária podem, eventualmente, interferir com a amamentação.
- i. 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.

3 - 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.

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

5 - 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.

6 - Não sou alérgico(a) a nenhuma medicação, exceto a(s) seguinte(s) relacionadas(s):
