

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA PERIOcular – OCULOPLÁSTICA

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO desta cirurgia é o de retirar tanto quanto possível o excesso de pele das pálpebras superiores, a fim de proporcionar uma melhora do campo de visão periférico superior e uma melhora na sensação de peso na área dos olhos - conforme informado pelo paciente- comprometido e/ou relacionado a tal excesso de pele. A cirurgia das pálpebras inferiores é essencialmente estética não sendo coberta por nenhum plano de saúde e tem como objetivo amenizar o excesso de pele em pálpebras inferiores e amenizar o excesso de gorduras em pálpebras inferiores. 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. Apenas o campo visual pode melhorar, no entanto, a cirurgia não tem intuito de melhorar a visão ou pode afetá-la de maneira direta.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

EU, _____, portador (a) do CPF

No _____, por determinação explícita de minha vontade,

reconheço DRA DÉBORA DINIZ MITIDIERO, médica inscrita no **CRMMG** sob o no 55516 e autorizo a mesma bem como todos os demais profissionais dos quais ele se serve e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) denominado (s) cientificamente* e popularmente** como

() **BLEFAROPLASTIA / PLÁSTICA DAS PÁLPEBRAS**

() **OUTRA CIRURGIA PERIOcular:** _____

bem como todos os cuidados e tratamentos médicos necessários dele(s) decorrentes.

2- O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso ENTENDO que:

Comumente ocorre **edema das pálpebras (inchaço) e equimoses (áreas arroxeadas)** no pós-operatório desta cirurgia;

Sangramentos pela ferida operatória podem ocorrer e são mais comuns nos pacientes hipertensos. Esta intercorrência em geral melhora espontaneamente com medicamentos anti- hipertensivos e do uso de compressas com soro gelado;

Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de paciente para paciente;

Menos comumente ocorrerá **lacrimejamento prolongado e queixas de desconforto ocular** que devem ser tratadas clinicamente com colírios, massagens e acompanhamento oftalmológico. Mais raramente um procedimento cirúrgico adicional para reforço dos ligamentos palpebrais (cantopexia) pode ser necessário em pacientes com muita flacidez local;

Poderá ocorrer edema da conjuntiva (quemose), que leva a um prolongamento da recuperação, e muitas vezes necessidade de acompanhamento oftalmológico;

Poderão ocorrer pequenos **cistos na cicatriz palpebral**, que melhoram com massagens, mas que podem requerer pequeno procedimento cirúrgico para sua retirada;

Muito raramente poderá ocorrer o **hematoma retrobulbar**, complicação esta que deverá prontamente ser tratada com a abertura dos pontos e evacuação do hematoma para evitar danos à visão;

a- A melhora a ser obtida será baseada na **situação inicial pré-operatória individual**, e **não** em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;

b- Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente e com **intensidade variável**, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis.

c- Poderá ocorrer **alargamento ou hipertrofia de cicatrizes** após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um retoque cirúrgico posterior;

d- Poderá haver **inchaço** (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos freqüentemente por meses;

e- Poderá haver **manchas** na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos freqüentemente por meses e muito raramente serão permanentes;

f- Poderá haver **descoloração ou pigmentação** cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais freqüente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;

g- Eventualmente, **líquidos**, sangue e/ou secreções, podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA PERIOcular – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIS

h- Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica (necrose) e **deiscência** (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar para sua reparação de tratamento clínico com curativos e novo(s) procedimento(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;

i- Poderá ocorrer um **processo infeccioso** na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

j- Poderá ocorrer **alergia** aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;

k- Ocasionalmente, poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.

l- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques** ou **pequena cirurgia** complementar, para atingir um melhor resultado;

m- Alterações de peso corporal, quadros de alergia com edema ocular recorrente, dormir com o rosto no travesseiro, dormir pouco ou inadequadamente, manipulação na área dos olhos podem afetar o resultado cirúrgico;

O conhecimento e o entendimento das informações acima mencionadas são muito importantes antes da realização de qualquer Cirurgia Plástica. Estas informações poderão servir como um “**MANUAL DE CABECEIRA**”, caso você venha a se operar, recordando-lhe as instruções fornecidas durante a primeira consulta.

As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os **princípios éticos básicos** de respeito pelo ser humano, da **minimização de resultados insatisfatórios** ou não desejados, dentro de uma conduta adequada e cientificamente aceita.

Existem alguns fatores na evolução da cirurgia que não dependem da atenção do cirurgião plástico, e portanto “**não lhe será possível garantir resultados**”. Assim, por exemplo, a qualidade de cicatrização que o (a) paciente irá apresentar está intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir.

Como resultado da cirurgia **existirá uma cicatriz**, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para torná-la o menos evidente possível. Uma técnica apurada e cientificamente aceita poderá colaborar no sentido de minimizar diversas dessas situações. A colaboração plena do (a) paciente, através do seguimento das instruções dadas pelo cirurgião, no pós-operatório também se reveste de grande importância na obtenção do resultado.

As cicatrizes são consequência da cirurgia, portanto pondere bastante quanto à conveniência de conviver com elas após a cirurgia: elas nada mais são do que indícios deixados em lugar de outro defeito anteriormente existente na região operada. Se houver uma evolução desfavorável da cicatriz, desde que a intervenção tenha sido realizada sob padrões técnicos e cientificamente aceitos, deverá ser investigado se o seu organismo é que não reagiu como se esperava.

Portanto, de posse dessas informações:

3- **EU RECONHEÇO**, que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, **AUTORIZO**, a cirurgiã **Dra. DÉBORA DINIZ MITIDIERO** e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar;

4- **EU ENTENDO**, que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias envolvendo risco para a vida, serem raras;

5- **EU ENTENDO** que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais **ACEITO** o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual de idade” ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos;

6- **EU ME COMPROMETO** a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando seqüelas temporárias ou permanentes, além de por em risco minha saúde e meu bem estar;

7- **CONCORDO E ME COMPROMETO** também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico;

8- **EU COMPREENDO E ACEITO**, o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização;

9- **EU AFIRMO** ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e a poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas a minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

10- **EU ME COMPROMETO** a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA PERIOcular – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIS

outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

11- **EU DECLARO** que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que por ventura existirem;

12- **EU AUTORIZO** o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médica – legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; **entendo** também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada;

13- **ESTOU CIENTE** que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano em cada paciente após a cirurgia. Estou ciente ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições de moradia (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e de deslocamento desfavorável (transporte público).

14- **EU RECEBI por escrito (documento anexo), todas as instruções pós-evento** que devo seguir em continuidade ao tratamento, bem como tenho ciência de que esta obrigação de resultado está subordinada ao meu comportamento e disciplina após o tratamento CIRÚRGICO estético OU FUNCIONAL.

15- **AUTORIZO** o registro das minhas medidas corporais, fotos de antes e depois dos procedimentos, pois compreendo que isto representa uma fonte de esclarecimento dos resultados alcançados, tanto para o profissional quanto para mim. As fotos poderão ser enviadas ao cliente ao término do tratamento, ficando também arquivadas em seu prontuário. De forma a preservar minha identidade, **autorizo expor meus resultados de forma pontual e profissional.**

16- **COMPREENDO** todos os riscos do tratamento e aceito os custos e responsabilidades que envolvem e que me foram previamente apresentados.

17- **EU AUTORIZO a DRA. DÉBORA MITIDIERO** a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os dados pessoais relacionados à divulgação de sua imagem e/ou voz, em áudio e vídeo, para finalidade de promoção da campanha publicitária de interesse da DRA. DÉBORA MITIDIERO, ocorrendo **a divulgação no seu site e demais mídias, online e offline**, já existentes ou que venham a existir.

18- **EU COMPREENDO** que a **autorização do uso de imagem** ora pactuada é feita de forma inteiramente gratuita, nada havendo a ser pleiteado ou recebido da **DRA. DÉBORA MITIDIERO** seja a que título for, ficando desde já ajustando que eu concordo que nada terei a reclamar com relação à autorização ora concedida, em Juízo ou fora dele.

19- Nenhuma das utilizações previstas no caput deste Termo de Consentimento, ou ainda qualquer outra que pretenda a **DRA. DÉBORA MITIDIERO** dar às imagens e/ou vozes cuja utilização foi autorizada através deste Termo, têm limitação de tempo ou de número de vezes, podendo ocorrer no Brasil e/ou no exterior, sem que seja devida a mim, o paciente, qualquer remuneração.

20- **EU AUTORIZO** que a **DRA. DÉBORA MITIDIERO** utilize **minha imagem** com a finalidade de divulgação de campanha publicitária de seu interesse, adotando todas as medidas de proteção de dados, visando a preservação de seu direito à intimidade, coibindo o uso com finalidade distinta prevista neste termo.

21- **EU COMPREENDO** que não há compromisso de aprovar a arte final ou qualquer material relacionado ao uso de sua imagem e/ou voz ora concedido, ficando acordado que a **DRA. DÉBORA MITIDIERO** se obriga a não utilizar os direitos de sua personalidade de forma pejorativa ou distorcida.

22- **Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual voluntariamente irei me submeter**, razão pela qual autorizo a Cirurgiã **DRA. DÉBORA DINIZ MITIDIERO** a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas verbalmente pela médica e que estou convicto (a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.

_____, _____ de _____ de 20_____.

_____ Assinatura / CPF