

TERMO DE CONSENTIMENTO



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM	
NOME PACIENTE		
IDADE PACIENTE	PESO PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
INSATISFAÇÕES DECLARADAS PELO PACIENTE		
PROCEDIMENTOS INDICADOS PELO MÉDICO		

Código de Ética Médica – Artigo 34 - É vedado ao médico, deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu responsável legal.

Os procedimentos acima indicados foram detalhadamente explicados pela equipe médica e, por vontade própria, dou meu consentimento através deste termo a realizar o(s) procedimento(s) necessários (indicados pela equipe médica) para tratar das insatisfações por mim descritas acima.

acordo do paciente

1. OS PROCEDIMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS, ME FORAM MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADOS PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



em relação ao tipo de anestesia, a indicação caberá ao médico anestesista, especialista e responsável por essa área no momento do procedimento;

1.2



o tempo de duração do procedimento e o período de internação dependerão da reação e evolução do organismo de cada paciente, não havendo um tempo pré-definido;

1.3



em consequência da cirurgia, inevitavelmente, resultará uma **cicatriz permanente**. Ainda, poderão haver consequências na cicatrização que independem das técnicas utilizadas pelo cirurgião plástico, tais como: quelóide, cicatriz hipertrófica ou alargada e manchas, sempre dependendo das características individuais do organismo do paciente e seu processo de cicatrização;

1.4



tenho ciência que cada organismo reage de forma específica, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado final da cirurgia plástica.

2. Entendo que, são inerentes à cirurgia plástica, e poderão ocorrer, os seguintes riscos:

2.1

inchaço (edema) na área operada e proximidades, que poderá permanecer por tempo indeterminado;

2.2

manchas (descoloração ou pigmentação) na área operada e proximidades que, poderão permanecer por semanas e raramente serão permanentes;

2.3

líquidos (seroma) poderão acumular na região operada, necessitando drenagem linfática, aspiração ou complemento cirúrgico;

2.4

perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas e proximidades por período indeterminado de tempo;

2.5

perda de vitalidade biológica (necrose) na região operada ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, podendo necessitar de procedimentos cirúrgicos complementares;

2.6

dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por período indeterminado de tempo, sendo prescrito analgésico ao paciente, quando necessário.

acordo do paciente



3. Além dos riscos característicos aos procedimentos cirúrgicos acima descritos, poderão ocorrer: persistência de excesso de pele e/ou de gordura; fibrose; ondulações na pele e, em alguns casos, necessidade de cirurgia complementar; infecções; riscos anestésicos; má-cicatrização; assimetrias; alergias; fios de sutura podem espontaneamente sair na pele, tornando-se visíveis e/ou causar irritação que exijam sua remoção; deiscência de ferida operatória (reabertura da ferida); rejeição de pontos; trombose venosa profunda (TVP), podendo evoluir para embolia pulmonar; ataque cardíaco e, eventualmente, óbito.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

4.1. em caso de febre no período pós-operatório, devo contatar a equipe médica para as devidas orientações;

4.2. ter ciência de não estar grávida, tampouco qualquer possibilidade e desconfiança de gravidez e que me foi explicitado que não devo fazer nenhuma cirurgia na vigência de possível gravidez;

4.3. reconhecer que durante o ato cirúrgico podem surgir situações e/ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários;

4.4. pelos motivos aqui especificados, eu autorizo o cirurgião e toda a sua equipe realizarem todos os procedimentos necessários em consequência da nova situação eventualmente identificada.

acordo do paciente

5. O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÃO ANATÔMICA. PORTANTO, ENTENDO E CONCORDO:

5.1

que a equipe médica não pode garantir um resultado específico, mas se obrigam a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

5.2

que não pode ser garantido, pela medicina, resultado certo e determinado, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente durante a cirurgia e no pós-operatório.

acordo do paciente

6. Entendo que a minha cirurgia plástica poderá necessitar de cirurgias complementares para refinamento do resultado. E, por isso, tenho ciência e me comprometo a pagar os custos hospitalares, de anestesista e equipe auxiliar, cada vez que realizada uma cirurgia complementar, pois me foi explicado que os respectivos valores são custos relacionados a serviços terceiros. Não serão cobrados honorários médicos do cirurgião plástico para as cirurgias complementares.

7. As cirurgias complementares se prestam especialmente para: melhorar assimetrias, melhorar alinhamento das cicatrizes, reduzir manchas, retirar excesso de gordura ou pele e, principalmente, para melhorar resultados de pacientes que passaram por intercorrências pós-cirúrgica (infecção, necrose, rejeição de prótese ou material cirúrgico, alergia, abertura dos pontos).

acordo do paciente

Observação

concordo que somente haverá cirurgia complementar para refinamento do resultado quando a equipe médica, em consulta pós-operatória, identificar essa necessidade em até 1 (um) ano da data da cirurgia.

acordo do paciente

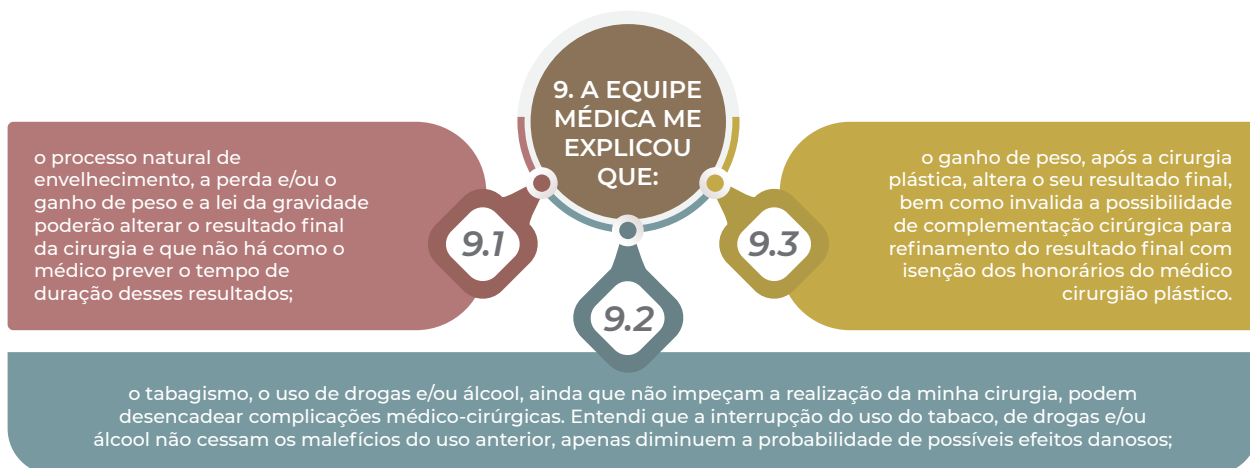
8. ME COMPROMETO AINDA:

8.1 observar os cuidados pós-operatórios, conforme orientações detalhadas e explicadas nos **ANEXOS A e B**. Entendi que o resultado da minha cirurgia plástica depende dos meus cuidados, no período pós-operatório, até meu restabelecimento completo quando receberei alta médica;

OBSERVAÇÃO:

a **alta médica** será concedida tão somente com o Termo de Alta Médica assinada pelo médico cirurgião plástico.

8.2 comparecer em todas as consultas para as revisões estabelecidas pelo médico ou sua equipe, conforme a necessidade do meu restabelecimento médico pós-cirúrgico, independentemente da localização da minha residência. Tenho ciência que **minhas ausências poderão comprometer o resultado da cirurgia realizada**, caracterizando abandono de tratamento.



acordo do paciente

10. DECLARO QUE:

10.1

informei ao médico, neste momento, que estou há, pelo menos, 30 (trinta) dias sem utilizar cigarros ou drogas e tenho ciência que devo permanecer sem fumar e/ou utilizar drogas por, pelo menos, 30 (trinta) dias após a cirurgia;

10.2

estou ciente que poderão ocorrer limitações das minhas atividades cotidianas por tempo indeterminado, a depender da minha recuperação pós-cirúrgica.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/