

**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.

**A cirurgia de castanhares também conhecida como lifting de sobrancelha, é um procedimento cirúrgico que visa elevar a cauda das sobrancelhas, corrigindo a flacidez e o excesso de pele na região**

Declaro que informei à equipe médica quaisquer problemas funcionais nos olhos como glaucoma, olho seco, descolamento de retina, distúrbios da tireoide, disfunção de Graves, hipotireoidismo, hipertireoidismo, doenças cardiovasculares, pressão alta, demais problemas circulatórios e diabetes.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

**1. A CIRURGIA DE CASTANHARES ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:****1.1**

o procedimento não se presta para correção de problemas funcionais dos olhos como glaucoma, olho seco, descolamento de retina, distúrbios da tireoide, disfunção de Graves, hipotireoidismo, hipertireoidismo e demais problemas circulatórios e diabetes, muito menos para retirar excesso de pele das pálpebras;

**1.2**

as linhas de incisão da cirurgia nas sobrancelhas poderão se estender além dos pelos, dependendo da quantidade de pele e pêlos apresentado no momento da cirurgia;

**1.3**

decorrente à cirurgia, poderão ocorrer cicatrizes desfavoráveis, visão embaçada ou temporariamente prejudicada, olhos secos, dificuldade de fechar os olhos, dormência e outras alterações na sensibilidade da pele, disfunção na pálpebra envolvendo posição anormal das pálpebras superiores (ptose palpebral), podendo coexistir com flacidez da testa e das estruturas da sobrancelha;

**1.4**

o médico possui um limite de segurança para a retirada de pele, a fim de evitar possíveis problemas às funções naturais do paciente e este limite nem sempre será compatível com os desejos do paciente;

**1.5**

poderá ocorrer a perda de sensibilidade da pele da região em diversos graus por período indeterminado de tempo e raramente permanente;

**1.6**

não poderei usar lentes de contato no momento da cirurgia e também durante o pós-operatório, apenas após a alta médica;

1.7



a cirurgia de castanhares não causa assimetria dos olhos, e esta pode ser causada por assimetria pré-existente ou diferença biológica da cicatrização entre os dois lados da face.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



O paciente submetido à cirurgia de castanhares, precisa de cuidados especiais, conforme indicados detalhadamente no ANEXO B.

\_\_\_\_\_  
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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Acompanhante:

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr.

CRM/ \_\_\_\_\_

**RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS**

1. — jejum de 8 (oito) horas (não devem ser consumidos líquidos e sólidos, inclusive água);
2. — levar exames de sangue e eletrocardiograma;
3. — comparecer com 2 (duas) horas antes da cirurgia, com acompanhante, ambos devidamente munidos de seus documentos de identificação;
4. — evitar o uso de aspirina ou qualquer outro medicamento que interfira na coagulação sanguínea, por período de 10 (dez) dias de antecedência à cirurgia;
5. — evitar o uso de todo e qualquer medicamento para emagrecimento, incluindo diuréticos, por período de 15 (quinze) dias de antecedência à cirurgia;
6. — comunicar até 2 (dois) dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre;
7. — evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou refeições fartas na véspera da cirurgia;
8. — programar suas atividades sociais, domésticas ou escolares, de modo não se tornar indispensável a terceiros por um período aproximado de 2 (duas) semanas.

---

acordo do paciente

**ORIENTAÇÕES E CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO**

1. — não se expor ao sol pelo período de 60 (sessenta) dias;
2. — fazer compressas frias (gaze molhada em soro fisiológico gelado) no pós operatório de 4/4 horas no 3 primeiros dias;
3. — evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou refeições fartas pós cirurgia;
4. — manter dieta leve e rica em fibras e líquidos;
5. — deverá dormir de barriga para cima por, pelo menos, 60 (sessenta) dias;
6. — cuidar ao se levantar, tossir, espirrar, gargalhar, para não fazer muita contração abdominal para que não haja rompimento dos pontos;
7. — repouso com pequenas caminhadas (de 2 a 4 minutos), sem esforço, a cada três horas para ativar a circulação sanguínea e evitar o risco de trombose;
8. — evitar esforço físico (movimentos bruscos e levantar peso) pelo período de 30 (trinta) dias;
9. — não dirigir pelo período de 7 (sete) dias;
10. — não realizar atividade física pelo período de 30 (trinta) dias contados da cirurgia ou conforme orientação médica;
11. — não realizar relações sexuais sem moderações pelo período de 5 (cinco) dias;

12. — retornar ao consultório para primeira consulta pós-operatória em dia e horário acordados com a equipe médica;
13. — agendar consulta para retirada de pontos de 7 (sete) até 21 (vinte e um) dias, contados da cirurgia;

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



## MEDICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

1. — Bromazepam (6mg), meio comprimido via oral antes de dormir e meio comprimido 2 (duas) horas antes da cirurgia.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



## MEDICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1. — O paciente deverá seguir as orientações médicas conforme orientado no pós-operatório.

Data:

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Acompanhante:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Dr.  
CRM/