

ANEXO A

CIRURGIA DE LIFTING FACIAL



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.

Material de apoio: SBCP – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica a respeito deste procedimento:

www2.cirurgioplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/face/lifting-facial

1.

Tenho ciência que poderá ocorrer a perda de cabelo no local das incisões, danos em estruturas mais profundas tais como nervos, causando paralisia facial temporária ou permanente, com prejuízo no fechar dos olhos, sorrir e demais mímicas faciais.

acordo do paciente

2. A CIRURGIA DE LIFTING FACIAL ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

2.1



fios de sutura podem espontaneamente emergir na pele, tornando-se visíveis ou causar irritação que exijam sua remoção;

2.2



a assimetria corporal pode ser causada por assimetria já existente ou diferença biológica da cicatrização entre os dois lados da face decorrente às características do próprio organismo;

2.3



o médico possui um limite de segurança para a retirada de pele, afim de evitar possíveis problemas à saúde do paciente e este limite nem sempre será compatível com os desejos do paciente.

acordo do paciente



O paciente submetido à cirurgia de lifting facial, 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 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:

Acompanhante:
CPF:

Dr.
CRM/



RECOMENDAÇÕES **PRÉ-OPERATÓRIAS**

1. — jejum de 8 (oito) horas (não devem ser consumidos líquidos e sólidos, inclusive água);
2. — levar ao hospital os exames de sangue e eletrocardiograma;
3. — comparecer ao hospital 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



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



ORIENTAÇÕES E CUIDADOS NO **PÓS-OPERATÓRIO**

1. — não se expor ao sol pelo período de 60 (sessenta) dias;
2. — evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou refeições fartas pós cirurgia;
3. — manter dieta leve e rica em fibras e líquidos;
4. — deverá dormir de barriga para cima por, pelo menos, 60 (sessenta) dias;
5. — cuidar ao se levantar, tossir, espirrar, gargalhar, para não fazer muita contração abdominal para que não haja rompimento dos pontos;
6. — o repouso não deverá ser absoluto, fazer pequenas caminhadas, sem esforço, a cada 3 (três) horas para ativar a circulação sanguínea e evitar o risco de trombose;

7. — evitar esforço físico (movimentos bruscos e levantar peso) pelo período de 30 (trinta) dias;
8. — não dirigir pelo período de 15 (quinze) dias;
9. — não realizar atividade física pelo período de 30 (trinta) dias contados da cirurgia ou conforme orientação médica;
10. — não realizar relações sexuais sem moderações pelo período de 14 (quatorze) a 21 (vinte e um) dias;
11. — retornar ao consultório para primeira consulta pós-operatória em dia e horário acordados com a equipe médica;
12. — agendar consulta para retirada de pontos de 7 (sete) até 21 (vinte e um) dias, contados da cirurgia;
13. — agendar sessões de drenagem linfática a partir do quinto dia útil após a cirurgia, por no mínimo 20 (vinte) sessões.

acordo do paciente



MEDICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1. — Nimesulide 100mg, 1 (um) comprimido via oral de 12 (doze) em 12 (doze) horas, pelo período de 4 (quatro) dias;
2. — Tylex 30mg, 1 (um) comprimido via oral de 8 (oito) em 8 (oito) horas, pelo período de 4 (quatro) dias;
3. — Cefadroxila 500mg, 1 (um) comprimido via oral de 12 (doze) em 12 (doze) horas, pelo período de 4 (quatro) dias;

Data:

Paciente:
CPF:

Acompanhante:
CPF:

Dr.
CRM/