

CIRURGIA DE LOBULOPLASTIA



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	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

1.

Tenho ciência que a cirurgia de lobuloplastia tem a finalidade de reconstruir o lóbulo da orelha através de incisões na área fendida e sutura dessas incisões, de maneira a dar um contorno adequado ao lóbulo da orelha.

acordo do paciente

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

2.1



o lóbulo da orelha é a parte mais carnuda e macia da orelha, onde geralmente se fazem os furos para brincos, alargadores e/ou piercing, o que pode ocasionar fendas, furos alargados e/ou rasgos nas orelhas. Por essa razão, a lobuloplastia corrige furos ou rasgos no lóbulo e não tem a finalidade de melhorar a forma ou a posição ou as proporções das orelhas, tampouco a assimetria corporal pré-existente;

2.2



a cirurgia corrige fendas, furos ou rasgos no lóbulo das orelhas, deixando cicatrizes permanentes devido às suturas e o tamanho das cicatrizes dependem do tamanho das suturas;

2.3



o médico possui um limite de segurança para a retirada e manuseio de pele e cartilagem, a fim de evitar possíveis problemas às funções naturais do paciente. Portanto, é necessário esclarecer que, o médico não poderá remover mais pele e estrutura óssea do que o limite seguro, e este limite nem sempre será compatível com os desejos do paciente;

2.4



a assimetria das orelhas pode ser causada por assimetria pré-existente ou diferença biológica da cicatrização entre os dois lados do corpo do paciente;

2.5



tenho ciência que poderá ocorrer rejeição dos pontos.

acordo do paciente

3. DECLARO AINDA:

3.1

não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação.

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/