

ANEXO A

CIRURGIA REPARADORA DE MAMOPLASTIA REDUTORA COM PRÓTESE



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/mama/mamoplastia-reductora

1.

A mamoplastia redutora é um procedimento tipicamente reparador, uma vez que tem como objetivo readequar o tamanho da mama proporcionalmente ao seu corpo e aliviar o desconforto associado com mamas muito grandes.

acordo do paciente

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

2.1



a assimetria corporal pode ser causada por assimetria já existente ou diferença biológica da cicatrização entre os dois lados do corpo decorrente às características do próprio organismo. Isso vale para formato, volume e posição das mamas e suas aréolas. A mamoplastia não se presta para solucionar assimetrias já existentes;

2.2



a ação da gravidade é permanente e faz com que todas as mamas naturalmente caiam com o tempo. Esta queda é acelerada com ganho ou perda de peso;

2.3



devido à cirurgia de mamoplastia ficarei com uma cicatriz permanente com extensão proporcional ao excesso de pele retirado;

2.4



o médico possui um limite de segurança para a retirada de pele e gordura, afim de evitar possíveis problemas à saúde do paciente. Portanto, é necessário esclarecer que, o médico não poderá remover mais pele e gordura do que o limite seguro, e este limite nem sempre será compatível com os desejos do paciente;

2.5



poderei ter alterações de sensibilidade da mama ou do mamilo, de forma temporária ou permanente;

2.6



esse procedimento é reparador e não estético ou de embelezamento;

2.7



gravidez, ganho e perda de peso e menopausa influenciam na aparência das mamas;

2.8



a escolha do tipo e do tamanho do implante dependem da elasticidade da minha pele, anatomia corporal e do meu tipo físico. Portanto, compreendi que o tamanho da prótese não depende somente da minha vontade;

2.9



poderá ocorrer a rejeição da prótese devido às características individuais do meu organismo, não podendo ser previsto pelo médico. Nesse caso, poderá ser necessária a retirada da prótese;

2.10



as próteses são de responsabilidade exclusiva do fabricante. Em caso de ruptura, deverei seguir as recomendações do fabricante;

2.11



a drenagem linfática é um procedimento complementar à cirurgia plástica e que o resultado final da cirurgia depende da realização de todas as sessões indicadas pelo profissional qualificado. Portanto, declaro que a drenagem é de minha responsabilidade, que irei proceder com todas as sessões de drenagem linfática indicadas pelo médico, bem como a escolha do profissional devidamente qualificado.

acordo do paciente



O paciente submetido à cirurgia de mamoplastia redutora, 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. — levar ao hospital modelador e meias antitrombóticas, conforme modelo indicado pelo médico;
4. — comparecer ao hospital 2 (duas) horas antes da cirurgia, com acompanhante, ambos devidamente munidos de seus documentos de identificação;
5. — evitar o uso de aspirina ou qualquer outro medicamento que interfira na coagulação sanguínea, por período de 10 (dez) dias de antecedência à cirurgia;
6. — evitar o uso de todo e qualquer medicamento para emagrecimento, incluindo diuréticos, por período de 15 (quinze) dias de antecedência à cirurgia;
7. — comunicar até 2 (dois) dias antes da cirurgia ocorrências como gripe, indisposição, febre;
8. — evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou refeições fartas na véspera da cirurgia;
9. — 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. — manter modelador pelo período de 45 (quarenta e cinco) dias e as meias antitrombóticas pelo período de 10 (dez) dias;

7. — 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;
8. — evitar esforço físico (movimentos bruscos e levantar peso) pelo período de 30 (trinta) dias, mantendo repouso semi-sentado;
9. — evitar elevar os braços acima da linha dos ombros pelo período de 15 (quinze) dias;
10. — não dirigir pelo período de 15 (quinze) dias;
11. — não realizar atividade física pelo período de 30 (trinta) dias contados da cirurgia ou conforme orientação médica;
12. — não realizar relações sexuais sem moderações pelo período de 14 (quatorze) a 21 (vinte e um) dias;
13. — retornar ao consultório para primeira consulta pós-operatória em dia e horário acordados com a equipe médica;
14. — agendar consulta para retirada de pontos de 7 (sete) até 21 (vinte e um) dias, contados da cirurgia;
15. — 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. — Rifocina, passar nas fitas ou curativo uma vez ao dia, até a retirada dos pontos;
2. — Nimesulide 100mg, 1 (um) comprimido via oral de 12 (doze) em 12 (doze) horas, pelo período de 4 (quatro) dias;
3. — Tylex 30mg, 1 (um) comprimido via oral de 8 (oito) em 8 (oito) horas, pelo período de 4 (quatro) dias;
4. — 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/