

Termo de Ciência e Consentimento

Mamoplastia Redutora

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
Data de Nasc.: _____ / _____ / _____
Médico Assistente: _____
Unidade/Leito: _____
Nome social: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

MAMOPLASTIA REDUTORA

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A mamoplastia redutora é uma cirurgia que consiste na remoção do excesso de tecido glandular, gordura e pele das mamas, com o objetivo de reduzir o tamanho e o peso das mamas. Este procedimento visa melhorar o contorno estético do corpo, aliviar desconfortos físicos, como dor nas costas, pescoço ou ombros, e corrigir limitações funcionais causadas por mamas excessivamente grandes.

O procedimento inclui o reposicionamento da areola e do tecido mamário, podendo envolver a diminuição do diâmetro da areola.

a) BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:

- i. Melhoria na postura corporal;
- ii. Alívio de dores e desconfortos físicos relacionados ao peso excessivo das mamas;
- iii. Redução de limitações em atividades físicas;
- iv. Aumento da autoestima e bem-estar psicológico, ao alcançar um contorno corporal mais proporcionado.

b) FUI INFORMADO(A) SOBRE AS ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO, INCLUINDO:

- i. Uso de sutiãs estruturados: para suporte ao tecido mamário, reduzindo desconfortos;
- ii. Fisioterapia e fortalecimento muscular: para alívio de dores relacionadas ao peso das mamas;
- iii. Redução de peso corporal (em casos aplicáveis): para diminuição do volume mamário;
- iv. Não realizar intervenção cirúrgica: avaliando a evolução clínica ou repercussões futuras.

c) POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO

i. Riscos gerais da cirurgia:

- ✓ Infecção: pode ocorrer infecção na área operada, tratada com antibióticos ou, em casos graves, com necessidade de drenagem;
- ✓ Sangramento: formação de hematomas ou hemorragias no pós-operatório, podendo exigir novas intervenções;
- ✓ Trombose venosa profunda (TVP): formação de coágulos, que podem levar a complicações graves como embolia pulmonar.

ii. Complicações específicas da mamoplastia redutora:

- ✓ Alterações na sensibilidade das mamas: Pode ocorrer redução, aumento ou perda total da sensibilidade nas mamas e/ou areolas. Na maioria dos casos, é transitório, mas em alguns pode ser permanente.
- ✓ Necrose da areola ou mamilo: Pode acontecer em casos raros, especialmente em pacientes fumantes ou com problemas de circulação, prejudicando a cicatrização e o resultado estético.
- ✓ Cicatrizes visíveis ou anormais: As cicatrizes podem variar de acordo com o processo de cicatrização individual e a técnica cirúrgica utilizada. Em alguns casos, podem se desenvolver queloides ou cicatrizes hipertróficas, que exigem tratamentos complementares.
- ✓ Assimetrias mamárias: Nenhuma mama é totalmente idêntica à outra, mas pequenas diferenças de tamanho, forma ou posicionamento podem ocorrer, mesmo após a cirurgia.
- ✓ Flacidez residual ou recidiva do volume mamário: Com o tempo, pode haver flacidez decorrente da elasticidade da pele ou aumento de peso, impactando o resultado estético.
- ✓ Risco de má cicatrização: Algumas áreas podem demorar mais para cicatrizar, resultando em abertura ou infecção da ferida.
- ✓ Insatisfação estética: Apesar dos esforços para atender as expectativas do(a) paciente, o resultado final pode não corresponder exatamente ao esperado, devido a fatores como limitações anatômicas ou reações individuais à cirurgia.
- ✓ Necessidade de revisões cirúrgicas: Em casos de complicações ou insatisfação com o resultado, pode haver necessidade de ajustes ou cirurgias de revisão.

Termo de Ciência e Consentimento

Mamoplastia Redutora

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
Data de Nasc.: _____ / _____ / _____
Médico Assistente: _____
Unidade/Leito: _____
Nome social: _____

d) PROBABILIDADE DE SUCESSO

- Foi esclarecido que a mamoplastia redutora apresenta altas taxas de sucesso em relação à melhora dos sintomas físicos e à satisfação do paciente ao alcançar um contorno corporal mais harmonioso. No entanto, a qualidade do resultado depende de fatores como técnica cirúrgica, características individuais do corpo (pele, cicatrização) e adesão às orientações pós-operatórias.

e) POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO

- Persistência ou agravamento de sintomas físicos, como dores na coluna, pescoço e nos ombros, associados a mamas volumosas;
- Desenvolvimento de marcas nos ombros provocadas por alças de sutiãs devido ao peso das mamas;
- Limitação de atividades físicas e desconforto emocional pela autoimagem corporal desfavorecida;
- Progresso de quadros de irritações de pele, dermatites ou infecções na região inferior das mamas.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, _____ de _____ de 20_____ :_____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, _____ de _____ de 20_____ :_____ (hh:min)

Nome do(a) profissional _____ Conselho: _____

Assinatura: _____