

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração

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:

LIPOLASIA

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A **lipoaspiração** consiste em um procedimento cirúrgico que tem como principal objetivo a remoção de depósitos de gordura localizada de áreas específicas do corpo que são resistentes a dietas e exercícios físicos. O objetivo é aprimorar o contorno corporal, proporcionando uma silhueta mais definida e harmoniosa. É indicada para pacientes que possuem acúmulos de gordura em regiões como abdômen, flancos, coxas, braços, costas, ou submento, e que, idealmente, apresentam boa elasticidade da pele para uma retração adequada após a remoção da gordura.

O procedimento envolve as seguintes etapas:

- Realização de pequenas incisões:** Pequenas aberturas na pele (geralmente de 0,3 a 0,5 cm) são feitas em locais estratégicos para permitir a introdução das cânulas.
- Infiltração de solução tumescente:** Uma solução composta por soro fisiológico, anestésico local (como lidocaína) e vasoconstritor (como adrenalina) é infiltrada na área a ser tratada. Essa solução auxilia na redução do sangramento, facilita a aspiração da gordura e proporciona anestesia local.
- Aspiração da gordura:** Através das incisões, cânulas finas e ocas são introduzidas no tecido adiposo. Movimentos de vai e vem com as cânulas fragmentam a gordura, que é então aspirada por um sistema de vácuo.
- Fechamento das incisões:** As pequenas incisões são suturadas ou deixadas abertas para drenagem, dependendo da técnica e do volume aspirado.

A lipoaspiração visa principalmente a modelagem corporal, não sendo um método de emagrecimento. A quantidade de gordura a ser removida é limitada por questões de segurança e pelo volume corporal total do paciente.

BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:

Os principais benefícios esperados com a lipoaspiração incluem:

- Melhoria da autoestima e bem-estar psicológico:** Ao corrigir depósitos de gordura localizada e otimizar o contorno corporal, o procedimento pode impactar positivamente a percepção do paciente sobre sua própria imagem.
- Contorno corporal mais definido, proporcional e harmonioso:** Redução de volumes em áreas específicas, resultando em uma silhueta mais esculpida.
- Redução de medidas em áreas específicas do corpo:** Diminuição da circunferência em regiões tratadas.

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

Fui esclarecido(a) sobre outras opções de tratamento, além da lipoaspiração, que podem ser consideradas, dependendo do meu caso específico:

- Dietas e programas de exercícios físicos:** Para controle do peso corporal, redução de gordura generalizada e melhora da composição corporal. Embora não removam gordura localizada seletivamente como a lipoaspiração, são fundamentais para a saúde geral e manutenção de resultados.
- Fisioterapia e fortalecimento muscular:** Para melhora do tônus muscular e complemento ao contorno corporal, especialmente em regiões onde a gordura localizada não é o principal problema, mas sim a fraqueza muscular. Não tratam diretamente a gordura localizada.
- Tratamentos estéticos não invasivos:** Métodos como criolipólise, radiofrequência, ultrassom focado, entre outros, que visam reduzir gordura localizada ou flacidez sem intervenção cirúrgica. Estes tratamentos possuem resultados mais modestos e graduais em comparação com a lipoaspiração.
- Não realizar intervenção cirúrgica:** Opção de não se submeter a qualquer procedimento, aceitando as repercussões estéticas e funcionais do meu corpo atual ao longo do tempo.

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração

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:	_____						

POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO

Fui informado(a) e comprehendo que, como qualquer procedimento cirúrgico, a lipoaspiração envolve riscos e possíveis complicações, que podem ser gerais ou específicas do procedimento.

Riscos gerais da cirurgia:

- Infecção:** Risco de infecções na área tratada ou nas incisões cirúrgicas, que podem necessitar de tratamento com antibióticos e, em casos raros, drenagem cirúrgica.
- Sangramento:** Possibilidade de hematomas (acúmulo de sangue) ou hemorragias que podem requerer intervenções adicionais para controle.
- Trombose venosa profunda (TVP):** Formação de coágulos nas veias das pernas, com o risco potencial de deslocamento desses coágulos para os pulmões (embolia pulmonar), uma complicação grave e potencialmente fatal.

Complicações específicas da lipoaspiração:

- EMBOLIA GORDUROSA:** Em casos raros, pequenas partículas de gordura podem entrar na corrente sanguínea durante ou após o procedimento, deslocando-se para os pulmões ou para o cérebro. Esta é uma complicação potencialmente grave, que pode levar a problemas respiratórios severos, neurológicos ou cardíacos, e requer tratamento médico de emergência.
- PNEUMOTÓRAX:** O pneumotórax ocorre quando há acúmulo de ar entre o pulmão e a parede torácica, podendo ser uma complicação rara em lipoaspirações de áreas próximas ao tórax, como costas ou flancos, se a cânula atingir a pleura. Pode causar dor e dificuldade respiratória, exigindo intervenção médica.
- PERFURAÇÃO ABDOMINAL OU DE ÓRGÃOS INTERNOS:** Em lipoaspirações na região abdominal, existe um risco extremamente raro de perfuração da parede abdominal ou de órgãos internos (como intestinos), especialmente em pacientes com cirurgias prévias ou aderências. Esta é uma complicação grave que requer intervenção cirúrgica imediata.
- SEROMAS (ACÚMULO DE LÍQUIDOS):** Pode haver formação de líquidos serosos sob a pele nas áreas lipoaspiradas, necessitando de drenagens repetidas através de punções.
- ALTERAÇÕES NA CICATRIZAÇÃO:** Embora as incisões sejam pequenas, pode haver um atraso na cicatrização de algumas áreas, com risco de formação de cicatrizes elevadas (hipertróficas) ou queloides, especialmente em pacientes com predisposição genética. As pequenas cicatrizes decorrentes das incisões podem permanecer visíveis.
- NECROSE DE TECIDO:** Em casos raros, pode ocorrer necrose (morte) de tecidos na área tratada, como parte da pele ou do tecido adiposo remanescente, especialmente em fumantes, pacientes com má circulação sanguínea ou em casos de lipoaspiração muito superficial ou agressiva. Isso pode levar a úlceras e necessidade de enxertos.
- PERDA PARCIAL OU TOTAL DA SENSIBILIDADE:** Dormência, formigamento ou alteração da sensibilidade podem ocorrer na(s) região(ões) lipoaspirada(s). Geralmente, estas alterações são transitórias, mas em alguns pacientes, a perda ou alteração da sensibilidade pode ser permanente.
- IRREGULARIDADES DE CONTO:** A pele das áreas lipoaspiradas pode apresentar ondulações, depressões, assimetrias, áreas de endurecimento (fibrose) ou flacidez residual. Estes problemas podem ser decorrentes de fatores individuais como elasticidade da pele, distribuição da gordura, ou técnica cirúrgica utilizada.
- FLACIDEZ OU RECIDIVA DO CONTO:** A lipoaspiração remove as células de gordura, mas não impede o ganho de peso futuro. Com o tempo, alterações naturais no peso, envelhecimento ou gravidez podem comprometer o resultado inicial da cirurgia, levando à flacidez da pele ou ao acúmulo de gordura em outras regiões ou nas áreas tratadas (recidiva).
- DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS TRANSITÓRIAS:** Em casos de lipoaspiração de grande volume ou em pacientes mais sensíveis à sedação/anestesia, pode haver, raramente, uma sensação de dificuldade respiratória no período pós-operatório imediato.
- DISCROMIAS:** Alterações na pigmentação da pele (manchas escuras ou claras) podem surgir nas áreas tratadas, especialmente após exposição solar inadequada no pós-operatório.
- EDEMA PROLONGADO:** Inchaço (edema) nas áreas lipoaspiradas é comum e esperado, mas em alguns casos pode persistir por semanas ou meses.
- QUEIMADURAS:** Risco mínimo de queimaduras na pele durante o procedimento, especialmente com o uso de tecnologias que geram calor (como laser ou ultrassom).
- NECESSIDADE DE CIRURGIAS ADICIONAIS:** Em caso de complicações, resultados insatisfatórios ou para aprimoramento do contorno, pode ser necessário realizar revisões cirúrgicas ou procedimentos complementares.

PROBABILIDADE DE SUCESSO

Foi esclarecido que a lipoaspiração possui altas taxas de sucesso na remoção de gordura localizada e na melhora do contorno corporal, resultando em satisfação para a maioria dos pacientes. No entanto, o resultado final pode variar significativamente dependendo de múltiplos fatores individuais, incluindo: a técnica utilizada, a quantidade de gordura a ser removida, o biotipo do paciente, a qualidade

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração

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: _____

e elasticidade da pele, a genética individual, a adesão aos cuidados pós-operatórios (como uso de cintas e drenagens linfáticas) e fatores externos, como variações de peso e estilo de vida. O objetivo é a melhoria, não a perfeição.

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO

Caso eu decida não realizar o tratamento proposto, fui informado(a) sobre as seguintes possíveis consequências:

- **Persistência dos depósitos de gordura localizada:** As áreas com acúmulo de gordura que me incomodam permanecerão inalteradas, sem a remoção ou redução desejada.
- **Manutenção do contorno corporal insatisfatório:** Continuarei a apresentar a silhueta corporal que me leva a buscar a intervenção, sem a melhora estética que o procedimento visa oferecer.
- **Impacto na autoestima e insatisfação estética:** A manutenção dos depósitos de gordura pode continuar a gerar insatisfação com a própria imagem corporal, afetando a autoestima e o bem-estar psicológico.
- **Risco de agravamento da insatisfação:** A não realização do procedimento pode levar a um aumento da insatisfação com a própria imagem corporal ao longo do tempo, especialmente se houver ganho de peso ou mudanças corporais naturais.

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: _____