

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração, Abdominoplastia e Mamoplastia (Cirurgia Combinada)

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:

LIPOASPIRAÇÃO, ABDOMINOPLASTIA E MAMOPLASTIA (CIRURGIA COMBINADA)

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A **Abdominoplastia** consiste em um procedimento cirúrgico para remover o excesso de pele, gordura localizada e corrigir a separação muscular (diástase dos músculos retos abdominais), visando proporcionar um contorno abdominal mais definido e harmonioso. É indicada para pacientes que apresentam flacidez de pele, excesso de tecido na região abdominal ou diástase muscular, geralmente após perdas significativas de peso, gestações ou envelhecimento.

O procedimento de *abdominoplastia* pode incluir:

- Reparo da musculatura da parede abdominal (diástase);
- Remoção cirúrgica do excesso de pele localizada na região inferior do abdômen;
- Repositionamento da cicatriz umbilical (quando necessário).

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.

O procedimento de *lipoaspiração* envolve as seguintes etapas:

- Realização de pequenas incisões;
- Infiltração de solução tumescente;
- Aspiração da gordura através de cânulas.

A **Mamoplastia** é um procedimento cirúrgico que visa alterar o tamanho, forma e/ou posição das mamas. Dependendo da necessidade individual da paciente, pode ser realizada para:

- **Aumento mamário (mamoplastia de aumento):** Utilização de implantes para aumentar o volume e melhorar a projeção das mamas.
- **Redução mamária (mamoplastia redutora):** Remoção de excesso de tecido mamário, gordura e pele para diminuir o tamanho das mamas, aliviando desconfortos físicos e melhorando a proporção corporal.
- **Levantamento mamário (mastopexia):** Repositionamento da mama para corrigir a flacidez e ptose (queda), elevando o mamilo e a areola para uma posição mais estética, com ou sem a remoção de pele.

A combinação desses procedimentos visa uma transformação mais abrangente do contorno corporal, abordando simultaneamente as regiões abdominal e mamária para resultados mais harmoniosos e proporcionais.

BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:

Os principais benefícios esperados com a combinação de lipoaspiração, abdominoplastia e mamoplastia incluem:

- **Melhoria substancial da autoestima e bem-estar psicológico:** Através da correção de múltiplas alterações estéticas e funcionais no tronco e mamas, promovendo uma imagem corporal mais satisfatória.
- **Contorno corporal e abdominal mais firme, proporcional e harmonioso:** Eliminação de flacidez de pele, correção de diástase muscular e remoção de gordura localizada em diversas áreas, resultando em uma silhueta mais esculpida.
- **Melhora da forma e simetria das mamas:** De acordo com o tipo de mamoplastia realizada (aumento, redução ou lifting), buscando um tamanho e posição mais adequados e estéticos.
- **Alívio de sintomas físicos:** Especialmente em casos de mamoplastia redutora (dor nas costas e pescoço) e abdominoplastia (dores lombares e dificuldades posturais associadas à diástase).

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração, Abdominoplastia e Mamoplastia (Cirurgia Combinada)

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: _____

- **Redução de medidas em áreas específicas do corpo:** Diminuição da circunferência em regiões tratadas pela lipoaspiração.

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

Fui esclarecido(a) sobre outras opções de tratamento, além da cirurgia combinada, 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. Não abordam flacidez de pele, diástase muscular ou alterações mamárias significativas.
- **Fisioterapia e fortalecimento muscular:** Para melhora da diástase muscular ou flacidez abdominal leve.
- **Tratamentos estéticos não invasivos:** Métodos que visam reduzir gordura localizada ou flacidez sem intervenção cirúrgica (ex: criolipólise, radiofrequência). Não são eficazes para excesso de pele e diástase significativos ou para modificações substanciais nas mamas.
- **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.

POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO

Fui informado(a) e comprehendo que, como qualquer procedimento cirúrgico, a combinação de lipoaspiração, abdominoplastia e mamoplastia envolve riscos e possíveis complicações, que podem ser gerais ou específicas dos procedimentos. A complexidade e a duração da cirurgia combinada podem aumentar alguns desses riscos.

Riscos gerais da cirurgia:

- **Infecção:** Risco de infecções nas incisões cirúrgicas ou nas áreas operadas (abdômen, mamas, áreas lipoaspiradas), que podem necessitar de tratamento com antibióticos e, raramente, 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 complicaçao 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 complicaçao 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 complicaçao 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 complicaçao 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.
- **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.
- **Perda parcial ou total da sensibilidade:** Dormência, formigamento ou alteração da sensibilidade podem ocorrer na(s) região(ões) lipoaspirada(s).
- **Irregularidades de contorno:** A pele das áreas lipoaspiradas pode apresentar ondulações, depressões, assimetrias, áreas de endurecimento (fibrose) ou flacidez residual.
- **Flacidez ou recidiva do contorno:** A lipoaspiração remove as células de gordura, mas não impede o ganho de peso futuro.
- **Discromias:** Alterações na pigmentação da pele (manchas escuras ou claras) podem surgir nas áreas tratadas.

Termo de Ciência e Consentimento

Lipoaspiração, Abdominoplastia e Mamoplastia (Cirurgia Combinada)

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: _____

- **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.
- **Necessidade de cirurgias adicionais:** Em caso de complicações ou insatisfação com os resultados, pode ser necessário realizar revisões cirúrgicas ou procedimentos complementares.

Complicações específicas da Abdominoplastia:

- **Seromas (acúmulo de líquidos):** Pode haver formação de líquidos sob a pele operada, necessitando de drenagens repetidas.
- **Alterações na cicatrização:** Algumas áreas podem demorar mais a cicatrizar, com risco de abertura da sutura ou formação de cicatrizes elevadas (hipertróficas) ou queloides, especialmente em pacientes predispostos.
- **Necrose de tecido:** Em casos raros, pode ocorrer necrose (morte) de tecidos na área tratada, especialmente em fumantes ou pacientes com má circulação sanguínea.
- **Perda parcial ou total da sensibilidade:** Dormência ou formigamento podem ocorrer na região abdominal, geralmente de modo transitório, mas podem ser permanentes em alguns pacientes.
- **Cicatrizes visíveis:** A cicatriz decorrente da abdominoplastia é extensa, localizada na região inferior do abdômen, mas pode permanecer visível ou resultar em insatisfação estética.
- **Irregularidades de contorno:** abdômen pode apresentar ondulações, assimetrias ou flacidez residual.
- **Dificuldades respiratórias transitórias:** Durante a recuperação, especialmente em caso de correções extensas dos músculos abdominais.
- **Alongamento ou distorção do umbigo:** reposicionamento do umbigo pode gerar insatisfação estética ou necessidade de correção secundária.
- **Flacidez ou recidiva do contorno:** Com o tempo, alterações naturais no peso ou no envelhecimento podem comprometer o resultado inicial da cirurgia.
- **Necessidade de cirurgias adicionais:** Em caso de complicações ou insatisfação com os resultados, pode ser necessário realizar revisões cirúrgicas.

Complicações específicas da Mamoplastia:

- **Alterações na sensibilidade:** Redução, aumento ou perda permanente da sensibilidade nas areolas e/ou mamas.
- **Assimetria mamária:** Embora se busque a simetria, pequenas diferenças de tamanho, forma ou posição entre as mamas podem persistir ou surgir.
- **Cicatrizes visíveis:** Todas as cirurgias de mama resultam em cicatrizes, que podem ser mais extensas dependendo da técnica (ex: em T invertido para reduções ou levantamentos maiores). As cicatrizes podem ser espessas, alargadas, escurecidas (hiperpigmentadas) ou queloides.
- **Necrose de tecido:** Em casos raros, pode ocorrer necrose (morte) de áreas da pele da mama ou do mamilo/areola, especialmente em cirurgias de redução ou em pacientes fumantes, o que pode exigir intervenções adicionais.
- **Problemas com implantes (se aplicável):** Em mamoplastias de aumento, riscos incluem ruptura, contratura capsular (endurecimento da cápsula ao redor do implante), infecção, deslocamento do implante, visibilidade ou palpabilidade do implante.
- **Dificuldade ou impossibilidade de amamentação:** Dependendo da técnica utilizada, a capacidade de amamentar pode ser afetada.
- **Alterações em exames de imagem:** A presença de cicatrizes ou implantes pode dificultar a interpretação de mamografias e outros exames de rastreamento para doenças da mama.
- **Dor crônica:** Dor persistente na mama, embora rara.
- **Necessidade de cirurgias adicionais:** Para corrigir assimetrias, problemas com implantes, flacidez residual, ou para revisões das cicatrizes.

PROBABILIDADE DE SUCESSO

Foi esclarecido que a combinação de lipoaspiração, abdominoplastia e mamoplastia possui altas taxas de sucesso na melhora global do contorno corporal e na autoestima do(a) paciente. No entanto, o resultado final é altamente individualizado e pode variar significativamente dependendo de múltiplos fatores, incluindo: as técnicas cirúrgicas empregadas, o biotipo e genética do paciente, a

Termo de Ciência e Consentimento Lipoaspiração, Abdominoplastia e Mamoplastia (Cirurgia Combinada)

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: _____

qualidade e elasticidade da pele, a adesão rigorosa aos cuidados pré e pós-operatórios, e fatores externos como variações de peso e estilo de vida. O objetivo é a melhoria substancial e harmoniosa, não a perfeição absoluta.

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO

Caso eu decida não realizar os tratamentos propostos, fui informado(a) sobre as seguintes possíveis consequências:

- Persistência das alterações estéticas e funcionais:** As áreas com flacidez de pele, diástase muscular, acúmulo de gordura localizada e as características das mamas que me incomodam permanecerão inalteradas.
- Manutenção do contorno corporal e mamário insatisfatório:** Continuarei a apresentar a silhueta corporal e a forma das mamas que me levam a buscar a intervenção, sem a melhora estética que os procedimentos visam oferecer.
- Impacto na autoestima e insatisfação estética:** A manutenção das condições atuais pode continuar a gerar insatisfação com a própria imagem corporal, afetando significativamente a autoestima e o bem-estar psicológico.
- Limitações em movimentos e desconfortos:** Relacionados à flacidez ou excesso de pele, dores lombares e dificuldades posturais associadas à diástase abdominal, e desconfortos físicos relacionados ao tamanho ou forma das mamas.
- Irritações e infecções cutâneas:** No abdômen inferior associadas à pele sobreposta.
- Risco de agravamento da insatisfação:** A não realização dos procedimentos pode levar a um aumento da insatisfação com a própria imagem corporal ao longo do tempo, especialmente se houver ganho de peso, gravidez 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: _____