

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

CPL - CIRURGIA DE MAMA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia da mama tem o objetivo de corrigir cirurgicamente alterações mamárias e adequar as mesmas, considerando-se a forma, aparência e o tamanho semelhante aos originais. A cirurgia é realizada através de incisões na região mamária, sendo a localização/forma específicas da incisão adequadas da melhor forma para cada paciente ? alternativas incluem incisão circular em torno da aréola, incisão inframamária, incisão transaxilar, incisão em T invertido (ou âncora) e incisão em forma de fechadura (ao redor da aréola e verticalmente para baixo até sulco mamário).

Após a incisão, em alguns casos pode estar indicada a colocação de prótese, sendo essa opção previamente discutida com a equipe - incluindo tipo, tamanho e outras características. Ao final do procedimento, podem ser colocados drenos para diminuir o acúmulo de líquidos/sangue na região operada, os quais serão retirados conforme a redução do débito dos mesmos em avaliação pela equipe cirúrgica.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Seios excessivamente grandes podem causar, em algumas mulheres, problemas emocionais e de saúde. O peso do tecido mamário em excesso pode prejudicar sua capacidade de levar uma vida ativa. O desconforto emocional e o autoconhecimento, muitas vezes, associados a seios grandes e com ptose (queda) acentuada, é um problema para muitas mulheres, pois podem causar desconforto e dor. Desta forma, a cirurgia tem como objetivo a diminuição de possíveis dores e rigidez nas costas e pescoço, melhorar o equilíbrio do corpo, a estética, autoestima e autoconfiança. A cirurgia da mama também pode ser realizada com objetivo de aumento do tamanho/projeção dos seios, melhora do equilíbrio do corpo, com aumento de autoestima e autoconfiança. Esta cirurgia pode ser realizada também para reconstruir a mama após mastectomia, trauma ou retirada (exérese) de uma lesão.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica/estética do paciente. As possíveis consequências de não realizar o procedimento podem levar ao comprometimento da saúde deste paciente, manutenção de dores e desconfortos associados ao volume e peso das mamas, se muito volumosas, danos psicológicos por possíveis distúrbios na imagem corporal entre outros não descritos.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são: cicatrizes desfavoráveis; sangramento (hematoma); infecção (local ou sistêmicas, incluindo respiratória, urinária e gastrointestinal); má cicatrização das incisões; alterações de sensibilidade da mama ou do mamilo, de forma temporária ou permanente; contratura capsular, que é a formação de tecido cicatricial rígido em torno do implante; ruptura do implante; assimetria das mamas; contorno e forma da mama irregulares; danos em estruturas mais profundas tais como nervos, vasos sanguíneos, músculos e pulmões, podendo ocorrer de forma temporária ou permanente; enrugamento da pele em caso de implante; riscos anestésicos; acúmulo de líquido (seroma); dor, que pode perdurar; possibilidade de novo procedimento cirúrgico; trombose venosa profunda, complicações cardíacas e pulmonares; parada cardiorrespiratória e suas implicações e óbito.

Para mamoplastia com uso de implante (prótese): não há garantia de que os implantes durem por toda a vida, podendo ser necessária; substituição de um ou de ambos os implantes; gravidez, perda de peso e menopausa podem influenciar na aparência dos seios submetidos à cirurgia de aumento; possibilidade de incapacidade de amamentar em mamoplastias redutoras; alergias à fita, à sutura, a colas, a produtos derivados do sangue, a medicações tópicas e injetáveis, potencial de necrose da pele/tecido onde se encontram as incisões; possibilidade de necrose total ou parcial do mamilo e da aréola; possibilidade de novo procedimento cirúrgico; se a lipoaspiração é utilizada, riscos adicionais incluem contornos irregulares, flacidez residual da pele pigmentação irregular.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e na cirurgia realizada. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais, da extensão da alteração mamária e do tratamento recebido. Devendo seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica.

Orientações adicionais de reabilitação:

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).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

—

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

____ ou _____
Paciente Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO 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.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**