

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 - DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL (ABDOMINOPLASTIA)

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Foi-me esclarecido que a dermolipectomia abdominal é uma intervenção cirúrgica idealizada para diminuir o excesso de pele e gordura da região abdominal e reparar os músculos abdominais enfraquecidos ou separados, podendo melhorar a aparência da região do abdômen. Após a remoção total da pele e gordura em excesso por meio de uma incisão horizontal na parte inferior do abdômen, o cirurgião faz o fechamento do corte, porém, o prolongamento da cicatriz ou eventuais distorções são situações previstas. Pode-se combinar técnicas de lipoaspiração na região do abdômen, a fim de potencializar o resultado da dermolipectomia. O procedimento normalmente se dá através de uma incisão feita na região inferior do abdômen, acima do púbis, e pode se estender até as laterais do corpo. Na sequência, os músculos são suturados e a pele é esticada e reposicionada. A limitação da retirada de pele e gordura na dermolipectomia depende das características individuais de cada paciente, como o seu tipo de pele, quantidade de gordura subcutânea e elasticidade da parede abdominal, para que não comprometa a segurança e a integridade do paciente. Não será possível retirar toda a gordura do mesmo, apesar da possibilidade de um eventual uso de lipoaspiração conjunta em pequenas áreas, todavia sempre existirão alguns locais, principalmente abaixo do umbigo e na região do "estômago", onde permanecerá um pouco de gordura, e isto se deve ao fato de que a pele do abdome necessita desta gordura como proteção ao seu suprimento sanguíneo. Após a remoção da pele e gordura em excesso, o cirurgião faz o fechamento do corte, com extremo cuidado, para evitar o prolongamento da cicatriz. O tamanho das incisões pode variar de acordo com o volume de pele a ser extraído. Logo, as extensões da cicatrização são diretamente equivalentes ao grau de flacidez apresentada pelo paciente. Portanto, quanto mais pele extraída, maior será a cicatriz. O aspecto desta cicatriz é individual, pois dependerá do tipo de pele e de sua reação à cirurgia. O umbigo geralmente fica com formato natural podendo variar em alguns casos, ou poderá ser mantida sua forma, mas ele será rebaixado alguns centímetros do local original. Em outros casos, pode resultar em uma pequena cicatriz vertical, correspondente ao antigo local do umbigo. Em algumas situações é preferível eliminar o umbigo existente e reconstruir um novo umbigo. Algumas pessoas podem não ser candidatas ideais para fazer uma dermolipectomia, incluindo aquelas com problemas de saúde graves, como doenças cardíacas ou pulmonares, diabetes descontroladas, infecções ativas, problemas de coagulação do sangue ou alergias a anestesia. Não é indicada para fumantes ativos, salvo quando

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

liberado pelo cirurgião após um processo de avaliação individual de riscos e benefícios. Além disso, indivíduos que estão acima do peso ou obesos podem não ser bons candidatos para a dermolipectomia, pois ela é apenas capaz de remover uma quantidade limitada de pele e gordura subcutânea. Gestações devem ser programadas para antes da sua abdominoplastia, pois caso ocorram após esta cirurgia, poderão favorecer o aparecimento de mais estrias, bem como o alargamento das cicatrizes, além de comprometer, severamente, o resultado já obtido. Em alguns casos pode ser necessário realizar retoques em cicatrizes e até mesmo reabordagens, principalmente em pacientes com flacidez de pele (ex: pacientes bariátricos). Nenhuma dessas hipóteses revela falha no procedimento realizado uma vez que estas situações normalmente são devidas aos processos cicatriciais do paciente. Em casos específicos poderá ser necessário o uso de drenos para diminuir o acúmulo de líquidos/sangue na região operada; estes serão retirados conforme a diminuição do débito dos mesmos, em média entre três e sete dias após a cirurgia.

A lipoaspiração do abdômen, com ou sem o uso de aparelhos e procedimentos para contração e retração da pele, pode ser associada à retirada de pele sendo a quantidade de gordura aspirada limitada conforme peso e condições clínicas de cada paciente.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Não se trata de procedimento para perda de peso, mas sim um procedimento para reparação do abdome, devendo-se associar a prática de atividades físicas e a adoção de uma dieta equilibrada, para resultados duradouros. Todo procedimento médico é reparador e estético ao mesmo tempo, não sendo possível caracterizar nenhum procedimento como ?meramente estético?. A saúde humana é o conjunto de bem-estar físico, mental e social, sendo que os procedimentos invariavelmente interferem nesse conjunto melhorando e reparando a saúde dos pacientes. Também é de ciência do(a) paciente que o médico assume neste ato, e em todos os outros atos médicos, inequivocamente uma obrigação de meio. Não foi prometido pelo médico nenhum resultado.

Benefícios esperados adicionais:

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.

Alternativas e consequências adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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:

1. Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;
2. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;
3. Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;
4. Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;
5. Áreas de pele com perda de vitalidade biológica, por redução da circulação sanguínea, podendo levar a ulcerações e até necrose de pele, sendo esse risco aumentado em pacientes bariátricos, tabagistas e com problemas circulatórios;
6. Assimetria que decorre, principalmente, de fatores como tônus da pele, tônus muscular, proeminências ósseas e depósitos de gordura que podem contribuir para assimetria corporal;
7. Irregularidades no contorno da pele;
8. Persistência de excesso de pele e/ou de gordura;
9. Poderá num período mais tardio ser necessário um retoque das cicatrizes;
10. Complicações pulmonares podem ocorrer secundariamente à liberação, na corrente sanguínea, de coágulos ou de gordura (embolia pulmonar) ou após uma anestesia geral. Nestes casos, pode ser necessária a hospitalização por um tempo mais prolongado. A embolia pulmonar pode levar à óbito;
11. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesta), complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes das veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colapso de segmentos pulmonares), infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

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.

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:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Entre as orientações para o período pós-operatório, estão:

- ? Evitar esforço físico pelo tempo de 30 dias;
- ? Usar meia elástica (suave compressão), seguindo as orientações do seu médico;
- ? Nas três primeiras semanas não use sapatos de salto alto;
- ? Levantar-se após cada duas horas de repouso e dar uma volta pela casa, aproveitando para realizar suas atividades básicas, tais como: ir ao banheiro, alimentar-se, tomar banho. Evitar, ao máximo, subir ou descer escadas longas quando estiver sozinho;
- ? Nos três primeiros dias faça 10 inspirações profundas, a cada duas horas, durante o dia;
- ? Andar em ligeira flexão de tronco (corpo levemente curvado), mantendo passos curtos, durante um período de 1 semana a 15 dias;
- ? Alimentação normal (salvo em casos especiais que receberão orientação específica). Evite alimentos que lhe causem flatulência (eliminação e gases);
- ? Aguarde para fazer ou continuar sua dieta ou regime de emagrecimento após a liberação médica. A antecipação desta conduta, por conta própria, pode desencadear resultados indesejáveis e prejudiciais;
- ? Use o seu modelador elástico, continuamente, pelo período indicado por seu médico, retirando-o só para o banho;
- ? Drenagem linfática: iniciar conforme indicação médica no prazo por este recomendado, com profissional indicado(a) por seu médico;
- ? Evitar exposição solar nos primeiros 2 meses de pós-operatório. Após este período, manter proteção das cicatrizes e/ou áreas que se encontrem, ainda, eventualmente, roxas. E quando o fizer, usar protetor solar e roupa de banho cobrindo toda a região da coxa. O uso de traje de banho (biquini) é recomendado após 6 meses;
- ? Aguardar liberação médica para voltar a dirigir;
- ? Esportes: natação após 2 meses; ginástica só após 3 meses;
- ? Relações sexuais: após duas semanas de pós, e com as devidas cautelas;
- ? Caso você tenha animais de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias;

Orientações adicionais de reabilitação:

Paciente: _____

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

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

--

[] 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.

Paciente

OU

Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**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**