**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento:** **Ginecomastia** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, o Paciente, ou o seu Responsável, declara para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Ginecomastia** (o “Procedimento”), a ser realizado no Instituto Orizonti, hospital localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO**:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: A intervenção proposta é uma cirurgia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ porte e é realizada para pacientes com diagnóstico atual de crescimento anormal das mamas, identificado nos exames de imagem mamária ou eventualmente nos exames laboratoriais, podendo haver necessidade de se encaminhar o material removido para estudo histopatológico do mesmo.

**Contraindicações:** Os fatores que impedem a realização da cirurgia são: distúrbios psiquiátricos graves, depressão acentuada, psicose, alcoolismo inveterado e dependência química, as quais declara não ser portador(a). O tabagismo (fumo), obesidade, hipertensão arterial, diabetes, e outras doenças crônicas, não são contraindicações, porém são fatores potencializadores (aumentam a probabilidade e gravidade) dos riscos dos procedimentos cirúrgicos.

**Cicatriz:** Declaro que me foi explicado de forma clara e compreensível que toda cirurgia tem como consequência inevitável à formação de uma cicatriz; o que poderá, apesar de todo cuidado médico, ter resultados desfavoráveis, caracterizados como:

a) cicatriz hipertrófica (grossa);

b) cicatriz hipotrófica (com relevo baixo);

c) cicatriz hipercrômica (escura);

d) cicatriz hipocrômica (clara);

e) cicatriz queloidiana = extremamente grossa e sobrelevada, ultrapassando o limite da incisão (do corte) e invadindo os tecidos vizinhos;

f) outras situações podem causar imperfeições nas posições das cicatrizes, e são causadas por fatores que fogem ao controle dos médicos, pois são resultantes de retrações (encurtamentos característicos das cicatrizes internas e externas que são diferentes de pessoa para pessoa). Também, pelo mecanismo anteriormente descrito, poderão ocorrer formações de ondulações na pele em regiões fora das cicatrizes visíveis, pois há cicatrizes também abaixo da pele, principalmente nas cirurgias em que é empregada a técnica de lipoaspiração, e em cirurgias em que há grandes descolamentos da pele, por exemplo, retalhos musculares do abdome e dorso.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Como todo procedimento cirúrgico, este não é isento de riscos e complicações. Todo (a) paciente que será submetido (a) à cirurgia para tratamento de CÂNCER DE MAMA ou de suas sequelas, apresenta um risco real para uma ou mais complicações. Portanto, não há garantia de que uma complicação séria ou de menor gravidade não venha a ocorrer em qualquer caso ou situação. As complicações mais frequentes e sérias que podem ocorrer são:

* **Infecção:** Pode ocorrer invasão de microrganismos através dos cortes das cirurgias levando a resultados desfavoráveis para a cicatrização e comprometimento de outros órgãos como, por exemplo, os pulmões (pneumonias) ou sistêmicas (septicemias – infecções generalizadas).
* **Contaminações:** Pode ocorrer a colonização de bactérias ou fungos nas incisões (cortes), ou nas superfícies de próteses que podem ocasionar a abertura desses cortes, e/ou perda das próteses, determinando a retirada da mesma. E caso isso aconteça, fui informado (a) que deverei esperar um período mínimo de três meses para que se realize nova tentativa de introdução da prótese. Essa contaminação pode acontecer mesmo com todo cuidado de limpeza e esterilização da equipe médica, pois na pele dos (as) pacientes sempre haverá germes que não são passíveis de eliminação total.
* **Ruptura de próteses (implantes de silicone):** As próteses de silicone apesar de serem muito resistentes, por aumento na pressão interna em geral causada por grande compressão, por envelhecimento, fragilidade pre-existente ou mesmo por acidente intra-operatório poderão sofrer ruptura e nestes casos, se faz necessário a substituição deste(s) implantes.
* **Necrose:** morte celular maciça que provoca perda da pele comprometida com aparecimento de **úlcera** (ferida) na pele que após completa cicatrização deixa grande alteração no relevo e na cor, consequentemente, o resultado é muito desagradável. Em reconstruções com retalhos miocutâneos, podem ocorrer perdas totais ou parciais dos tecidos utilizados nas reconstruções (retalhos).
* **Fasceíte necrotizante:** é uma grave infecção da pele (causada por estreptococos) que provoca grande destruição dos tecidos, algumas vezes podendo causar amputações, grandes deformações e até a morte.
* **Abscessos:** são coleções de pus nos locais das cirurgias.
* **Inflamação e infecção dos seguintes órgãos:** estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagite com dor no peito queimação etc.), fígado (hepatite), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite, infecção urinária), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal), coração (endocardite, febre reumática), pâncreas (pancreatite aguda), pulmão (pneumonia), etc.
* **Dor:** poderá aparecer no local da ferida cirúrgica, onde há passagem de drenos ou sondas, dos tubos

 venosos, da colocação de eletrodos dos monitores etc.

* **Insuficiência de alguns órgãos:** poderá haver a perda da função de órgãos por motivos diversos apesar de todos os cuidados, tais como: coração, (incluindo infarto do miocárdio e arritmias que podem levar à parada cardíaca), rins (insuficiência renal), pulmões (embolia pulmonar que pode causar morte), cérebro (acidente vascular cerebral), que pode causar déficit motor alteração visual ou na fala e morte).
* **Coágulos das veias:** nos membros inferiores, e pelve (região do quadril), ou de qualquer outro lugar do corpo, podem se formar coágulos e ao se deslocarem ganham a circulação sanguínea e podem atingir aos pulmões, causando dificuldade para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos podem causar edemas ou úlceras, temporárias ou permanentes, nas pernas.
* **Embolia pulmonar gordurosa:** nos procedimentos em que há manipulação de tecidos gordurosos como nos procedimentos de Lipoaspiração e retalhos dermolipocutâneos, pode haver deslocamentos de êmbolos (pequenos fragmentos de gordura) que ganham a circulação sanguínea

e podem causar dificuldade para respirar e morte.

* **Náuseas e vômitos:** podem ocorrer com relativa freqüência após esse tipo de cirurgia.
* **Abaulamentos diversos temporários ou definitivos na região operada provocados por hematomas e seromas:** pode haver formação de bolsas de sangue (hematomas) ou líquidos orgânicos (seromas), que podem ser tratadas com punções ou cirurgias, imediatas ou tardias, ou simplesmente por observação.
* **Deiscências de suturas:** são as aberturas dos cortes suturados (costurados), situações estas que

poderão necessitar de reoperação.

* **Reoperação:** PODE ser necessária e nenhum paciente deve se submeter a esta cirurgia se não estiver preparado para aceitar esta possibilidade. Caso se torne real essa necessidade, pois a cirurgia JAMAIS poderá ser considerada de resultado certo e definitivo, o paciente deve estar pronto e consciente dessa programação. Na maioria das vezes a melhora é apenas parcial e dependente do esforço pessoal e coletivo, bem como da colaboração dos(as) pacientes (exercícios físicos e perda de peso).
* **Retoque:** toda cirurgia corretiva poderá requerer uma nova intervenção cirúrgica para completar o tratamento ou melhorar algum aspecto técnico, pois o retoque em cirurgia corretiva, muitas vezes pertence ao próprio planejamento cirúrgico e muitas vezes é necessária.
* **Internação na unidade de terapia intensiva:** pode ser necessária no pós-operatório ou para realizar

o tratamento de alguma das complicações que venham a ocorrer.

* **Morte:** apesar de todos os conhecimentos atuais da medicina para realização de todo e qualquer

procedimento cirúrgico existe um risco de morte do(a) paciente.

* **Choque anafilático e/ou bronco espasmo severo:** pode haver reação alérgica a gases anestésicos ou quaisquer medicações, que podem levar ao choque e insuficiência respiratória aguda, que mesmo

tratados com todo rigor e técnica, podem causar a morte.

* **Outras:** como em todo e qualquer ato médico há riscos de complicações que não podem ser antecipadamente previstos e alguns até desconhecidos pela Ciência. Caso ocorram quaisquer dessas situações citadas ou outras aqui não descritas, mas detectadas por qualquer pessoa ou profissional da saúde, ou ainda se o(a) paciente apresentar qualquer dúvida ou problema, o(a) mesmo(a) deverá entrar em contato imediato com o médico ou a equipe que realizou a cirurgia e, caso não os encontre ou esteja fora do alcance destes, deverá procurar o pronto-socorro.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Entendo que para me submeter ao tratamento cirúrgico proposto, terei que aceitar e seguir as orientações da equipe médica que realizará a cirurgia. Portanto, terei que passar por avaliações e seguir as orientações dos médicos assistentes, bem como do(a) anestesista e de outros que me avaliarem e orientarem.

3. Opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

4. Declaro que fui orientada(o) que não devo omitir nada em relação a minha saúde e hábitos de vida, e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas conhecidas.

5. Fui orientado(a) quanto à necessidade de respeitar as instruções que me foram fornecidas pelos profissionais, inclusive quanto à forma de agir diante de imprevistos decorrentes de meu tratamento, bem como fui orientado(a) quanto aos riscos que corro caso não respeite as orientações médicas recomendadas.

6. Embora muitos pacientes se beneficiem com essa cirurgia, **não há como garantir qualquer benefício ou cura para a doença atual**, bem como as suas consequências físicas e psíquicas, pois, como em qualquer tratamento médico, a cirurgia poderá não alcançar êxito curativo ou evoluir de forma desfavorável em decorrência de complicações possíveis e não desejadas.

7. Diante de todas as informações recebidas, estou ciente do **CARÁTER DE CONTROLE LOCAL PARA A ANORMALIDADE DETECTADA** referente a cirurgia indicada pela equipe do Dr. Clécio Ênio Murta de Lucena (CRM-MG 24.949), para assim melhorar o meu bem estar físico e psíquico

8. **Aceito** o fato de que os médicos **nunca** prometeram ou garantiram qualquer espécie de resultado CURATIVO ou ESTÉTICO, muito menos a qualidade, o posicionamento e o tamanho das cicatrizes resultantes do ato operatório. Além do mais, me foi explicado que estes parâmetros não podem ser garantidos ou estipulados no pré-operatório por dependerem de reações do corpo humano e de compensações resultantes da retirada de pele, estando sujeitos a variações individuais.

9. **Declaro** que efetuei a completa leitura de todo o conteúdo desse consentimento esclarecido no consultório do meu médico e/ou posteriormente, perguntando e sendo esclarecido em todas as dúvidas ou termos médicos presentes no mesmo, bem como aquelas dúvidas relacionadas com a cirurgia proposta para tratamento ou correção do quadro de **Ginecomastia e/ou Lipomastia**.

10. Aceito o fato de que os médicos nunca prometeram ou garantiram qualquer espécie de resultado CURATIVO ou ESTÉTICO, muito menos a qualidade, o posicionamento e o tamanho das cicatrizes resultantes do ato operatório. Além do mais, me foi explicado que estes parâmetros não podem ser garantidos ou estipulados no pré-operatório por dependerem de reações do corpo humano e de compensações resultantes da retirada de pele, estando sujeitos a variações individuais e do envelhecimento corporal.

11. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, mesmo que isso cause prejuízo estético, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

12. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previsto em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

13. Para a realização do procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que ficarem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidades apropriadas dentre outros dispositivos, e quando possível a mobilização corpórea.

14. Decorrente da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente poderá ser

administrados fármacos para controle álgico.

15. Declaro ainda que estou de acordo e AUTORIZO a obtenção de fotografias corporais e das mamas, antes do procedimento proposto, bem como posteriormente para fins de comparação quando necessários. Estou consciente de que eventualmente poderão ser obtidas imagens do procedimento cirúrgico para finalidades de pesquisa e/ou didáticas.

16. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

17. Estou consciente de que posso experimentar limitações na realização das minhas atividades corriqueiras por um período indefinido, podendo inclusive ser necessário o auxílio de atividades de reabilitação funcional - FISIOTERAPIA.

18. Excepcionalmente a cirurgia poderá ser suspensa, antes ou durante a minha internação, caso alterações clínicas ou situações burocráticas imprevistas assim determinem.

19. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

20. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**