**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Mamoplastia Redutora** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 **Mamoplastia Redutora** (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:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: É a cirurgia realizada para reduzir o tamanho das mamas. Sendo indicada para melhorar o aspecto estético das mamas, para o tratamento profilático de certas doenças e na prevenção de problemas causados por mamas muito volumosas (em especial, dores nas costas).

Informações sobre o procedimento:

Importante lembrar que uma mama nunca é igual à outra, aceitando-se como dentro da normalidade uma diferença de 15% entre o tamanho e a forma das mamas de uma mesma paciente. Isto ocorre, e é considerado “normal”, pelo fato de que um lado do corpo não é igual ao outro. Assim, esta diferença poderá persistir, também, após a cirurgia, e a paciente deve estar preparada para isto.

Na cirurgia de redução mamária, o tamanho final da mama será decorrente da média entre o desejo expressado pela paciente e o quanto foi possível diminuir a mama, sem aumentar exageradamente a cicatriz.

Lembrar que uma cicatriz existirá sempre, e ela pode ser de boa, regular, ruim ou de péssima qualidade, ficando este resultado na dependência do tipo de pele da paciente e de sua particular e individualíssima resposta ao processo de cicatrização, sobre a qual o médico não tem nenhuma ingerência.

A forma e a extensão das cicatrizes serão definidas durante a cirurgia, dependendo das condições encontradas, mas sempre será buscado o melhor formato possível, dentro de um menor tamanho de cicatriz.

Após a regressão do edema (inchaço), que é natural e esperado devido à cirurgia, é possível que as mamas sofram uma pequena queda (ptose), o que será variável de pessoa a pessoa, pois esta queda está ligada a inúmeros fatores, tais quais: gestações, influências hormonais, genéticas, tipo de pele e idade.

De igual modo, é preciso que a paciente esteja consciente de que as mamas vão continuar sofrendo o efeito da permanente ação da gravidade e que ficarão na dependência da capacidade dos tecidos (de cada paciente), de se contraporem a este efeito.

Por estas mesmas causas é impossível prever por quanto tempo as mamas manterão seu formato e posição, quando já decorridos alguns anos da cirurgia. Elas não são imunes aos efeitos do tempo, da gravidade e da saúde da paciente. E a cirurgia, por óbvio, não interrompe os efeitos deletérios do tempo.

Tamanho e forma da mama:

Com a cirurgia, não só as mamas têm seu volume reduzido, como podem ser melhoradas a sua consistência e forma, tudo obedecendo à norma de harmonia em relação ao físico da paciente como um todo. Portanto, de igual maneira como ocorreu com o processo de cicatrização, também as “novas mamas” vão passar por períodos evolutivos, que são os seguintes: até o 30º dia sua forma ainda está aquém do desejado, apesar de já apresentarem um melhor aspecto; é comum a ocorrência de edema (inchaço). Do 30º dia ao 8º mês continua a evolução para a forma definitiva, não sendo raros os casos de insensibilidade ou de hipersensibilidade do mamilo. Pode ainda ocorrer edema (inchaço). Do 8º ao 18º mês é o período no qual a mama vai atingir seu aspecto definitivo no que diz respeito à cicatriz, forma, consistência, volume e sensibilidade. No resultado final tem grande importância o grau de elasticidade da pele das mamas e o volume final obtido, já que o equilíbrio entre ambos é variável de caso a caso.

Período de internação: Em geral, 12 horas, ou a critério do cirurgião.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia, o procedimento de Redução ou Elevação Mamária também apresenta os seguintes riscos que, mesmo sendo raros, você deve estar preparada para isto:

* Necrose de retalho e da aréola (especialmente em fumantes); podendo ocorrer também a perda do mamilo;
* Persistência de excesso de pele e/ou gordura e/ou tecido mamário, resultando em forma antiestética da mama ou de parte dela;
* A forma da mama, da auréola e/ou do mamilo poderá ficar diversa do esperado pela paciente;
* Perda ou diminuição da sensibilidade da aréola, do mamilo ou de alguma parte da mama, podendo esta sensação ser temporária ou permanente, não sendo possível prevê-la;
* Assimetria da forma e/ou do tamanho das mamas, podendo esta assimetria ser recente ou ser a acentuação de uma assimetria já existente anteriormente;
* Assimetria de forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas; hematoma (raro).

O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

1. **Sobre a cicatrização:**

A cicatrização transcorrerá por três períodos distintos, a saber: até o 30º dia, o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou aos curativos. Do 30º dia ao 12º mês haverá um espessamento natural da cicatriz e uma mudança na sua coloração, passando do vermelho para o marrom, para, em seguida, começar a clarear. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é também o que mais preocupa as pacientes. Todavia, ele é temporário, bem como varia de pessoa a pessoa. Do 12º ao 18º mês, a cicatriz começa a tornar-se mais clara e menos espessa até atingir seu aspecto definitivo.

QUALQUER AVALIAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DE UMA CIRURGIA, NO QUE DIZ RESPEITO À CICATRIZ, DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES.

**Cicatrizes antiestéticas:** certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de queloide. Dentro do possível, MAS NEM SEMPRE, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características familiares. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar, TOTAL OU APENAS PARCIALMENTE, o problema das cicatrizes inestéticas quando estas ocorrerem. O importante é não confundir o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente entre o 12º e o 18º mês que as mamas atingirão a nova forma dada pela cirurgia.

1. **Dor no pós-operatório:**

É discreta e minimizada com analgésicos leves. Costuma ser mais frequente no período pré-menstrual. Pode ocorrer dor no braço, devido à anestesia e a postura durante a cirurgia.

1. **Amortecimento:**

Principalmente na aréola e mamilos. Sua recuperação parcial ou total pode se dar após 01 ano ou mais.

1. **Náuseas:**

Poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

1. **Edema (inchaço):**

Presente. Impedirá a visualização do resultado final por, aproximadamente, 3 a 10 meses, sendo mais frequente pela manhã, em dias quentes e no período pré-menstrual. Não impedirá as atividades básicas.

**ORIENTAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO:**

* **Repouso:** não fazer repouso adicional. Não se deite de bruços ou de lado sobre as mamas durante 02 meses, e quando no leito, movimente várias vezes os pés e as pernas.
* **Andar:** andar normalmente. É aconselhável o uso de meias elásticas (suave compressão), durante 30 dias, para evitar trombose. Peça auxílio ao(a) acompanhante para calçar as meias, devido ao esforço requerido para calçá-las.
* **Caminhadas esportivas e esportes que não envolvam a área operada:** após 45 dias. Ginástica e esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombros, peitorais e dorso, natação, aeróbica etc.) após 4 meses, adotando a técnica de exercícios progressivos.
* **Ficar no domicílio:** até 24 horas após a cirurgia.
* **Trabalho:** geralmente é liberado depois do 7º dia de pós, desde que sem esforço excessivo para os braços
* **Movimento dos braços:** não levantar os cotovelos acima dos ombros durante 01 mês.
* **Peso:** não carregar pesos acima de 5 kg, durante 1 mês.
* **Dirigir automóvel:** após 10 dias.
* **Sol:** desde que não incida sobre as cicatrizes ou áreas eventualmente roxas, é liberado após 30 dias. Usar protetor solar.
* **Relação sexual:** após 15 dias, evitando pressão sobre as mamas por 2 meses.

Declaro também, que:

A) Os procedimentos acima me foram explicados e pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas. Entendi perfeitamente as palavras do médico.

B) Como resultado da operação permanecerá uma cicatriz por toda a vida. O médico fará esforços para que ela seja menos visível e disfarçada em dobras naturais da pele ou em áreas com cabelos, quando possível.

C) Haverá edema (inchaço) na área operada que poderá permanecer por dias, semanas ou meses, em alguns casos. Poderá haver equimoses (manchas roxas) e hipercromias (manchas escuras) que, poderão permanecer por semanas ou meses. Em algumas pessoas estas manchas podem permanecer por toda a vida.

D) As cicatrizes resultantes podem ser anormais: alargadas e de cor diferente da pele, quelóides ou hipertróficas (grossas), podendo coçar e doer. O cirurgião não pode dar garantias quanto ao aspecto final das cicatrizes, pois elas variam de pessoa para pessoa.

E) Poderá ocorrer infecção localizada na área operada ou generalizada que pode exigir reabertura da ferida para drenagem ou levar a deiscência (abertura espontânea dos pontos). O médico poderá receitar antibiótico antes, durante e após a operação para prevenir a infecção, porém, mesmo assim, ela pode ocorrer. Entendi que a maioria das infecções é provocada por bactérias do próprio paciente e que antibióticos e curativos ajudam a controlá-las. A falha na cicatrização pode exigir nova operação para fechamento da ferida operatória.

G) Poderá haver necrose (perda da vitalidade) de tecidos da região operada, ocasionada por dificuldade na circulação do sangue na pele, levando à necessidade de novos tratamentos para sua reparação. Neste caso, o resultado da operação poderá não ser o esperado, ficando a região operada com aspecto diferente do normal.

I) Poderá haver dor no pós-operatório em maior ou menor intensidade e por período indeterminado, variando de pessoa para pessoa.

K) Problemas vasculares (entupimento de artérias e veias), reações alérgicas e óbito (morte) podem ocorrer em qualquer procedimento cirúrgico. Embolia pulmonar (formação de coágulo no pulmão) e choque anafilático, embora raros, também são ocorrências possíveis em qualquer operação, seja cirurgia plástica ou não.

Portanto, de posse destas informações:

1. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos não previstos antes da operação. Outros procedimentos médicos adicionais ou diferentes daqueles programados podem ser indicados. Autorizo o cirurgião, o anestesista e toda a equipe médica a realizarem os atos necessários para controlar estas situações, inclusive a suspender parcial ou totalmente a cirurgia proposta.

2. Eu entendo que o cirurgião e sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o objetivo desejado, porém, isto não é 100 % certo, pois a medicina não é uma ciência exata, sendo impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica. Por esta razão, aceito que não podem ser dadas garantias de sucesso absoluto e de manutenção dos resultados para toda a vida.

3. Estou ciente que a cirurgia plástica, segundo o Conselho Federal de Medicina, envolve a obrigação de usar todos os meios necessários para atingir os objetivos propostos e que o pagamento de honorários não pode ser vinculado ao sucesso do tratamento.

4. Eu concordo em cooperar com os médicos até meu completo restabelecimento, seguindo todas as suas recomendações. Sei que se eu não seguir estas recomendações poderei comprometer o trabalho dos profissionais, colocando em risco minha saúde e o resultado do tratamento cirúrgico, com consequências indesejáveis temporárias ou permanentes.

5. Eu entendo que retoques e operações complementares (segundo tempo cirúrgico) são possibilidades comuns na área cirúrgica, em particular na cirurgia plástica. Estes retoques serão aconselhados pelo cirurgião, quando necessários, respeitando-se o tempo indicado para a adequação dos tecidos e amadurecimento das cicatrizes. Eu concordo que os retoques não significam incapacidade técnica do cirurgião, mas sim, uma revisão cirúrgica para se alcançar resultados ainda melhores. O momento ideal para fazer um retoque será determinado pelo cirurgião e seu custo será motivo de negociação entre as partes envolvidas, ou seja, paciente, equipe cirúrgica, anestesista e instituição hospitalar, havendo custos complementares em cada etapa complementar.

6. Eu compreendo e aceito o fato de que o uso de tabaco (fumo), drogas ilícitas e álcool, embora não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações. A interrupção do uso destas substâncias não cessa o malefício do uso anterior, apenas diminui a probabilidade de complicações.

7. Eu autorizo o registro em foto, som, imagens etc., dos procedimentos propostos por entender que tais registros representam uma importante contribuição para o estudo e informação científica. Autorizo, também, a divulgação deles exclusivamente para o meio científico.

8. Estou ciente que haverá limitação de minhas atividades habituais por um período a ser determinado pelo cirurgião e que os resultados em cirurgia plástica são temporários.

9. Eu declaro que me foi dada a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, por minha própria vontade, irei me submeter, bem como as formas disponíveis de anestesia, os riscos e os custos envolvidos. Estou ciente, ainda, de que para a realização do procedimento ora consentido será necessário o emprego de anestesia, cujo tipo e técnicas me serão repassadas pelo médico anestesista. Fui orientado(a) de que a anestesia se trata de um procedimento invasivo, que raramente acarreta lesões graves, mas que poderão ocorrer. Atesto, ainda, que me foram repassadas todas as informações relativas à anestesia à qual serei submetido(a), inclusive quanto à sua necessidade, benefícios e riscos, assim como fui esclarecido de que a resposta à administração do medicamento anestesiológico é individual, sendo que a ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis é imprevisível.

10. 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, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

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

12. 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)-dentista, 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**, **inclusive a transfusão de hemocomponentes e a realização de outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for,** e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

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**