**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Rinoplastia** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 **Rinoplastia** (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 plástica do nariz, que visa modificar a forma e/ou a função (melhorando a respiração). Pode ser associada com a correção do desvio do septo nasal, neste caso, chama-se *Rinosseptoplastia*. É um tipo de cirurgia muito notada por seus resultados, devido ao fato de modificar sensivelmente a face do(a) paciente.

Informações:

Não é possível prever, com absoluta exatidão, e nos mínimos detalhes, o formato final de um nariz após uma Rinoplastia.

Mesmo tendo-se objetivos a atingir, não é possível prever o quanto destes objetivos serão alcançados. E isto se deve ao fato de que cada paciente tem características que lhe são próprias, tais como a espessura da pele e das cartilagens do nariz, elementos que podem interferir no resultado final. Também, há que se levar em conta que a reação local, após a retirada e o manuseio das estruturas do nariz, será igualmente variável de pessoa a pessoa.

Exemplificando: um (a) paciente com pele espessa na ponta nasal, após a retirada e modelagem da cartilagem local, terá uma ponta mais fina, mas não tão fina quanto a de um paciente com pele menos espessa.

Do que é possível concluir que a natureza de cada caso impõe limitações que lhe são próprias e imprevisíveis. Por tal razão, a tentativa de prever uma imagem do(a) paciente em computador, será apenas uma idealização e, portanto, pode ficar bem longe da realidade.

**Período de internação:** meio período para as cirurgias realizadas sob anestesia local; 24 horas, quando utilizada anestesia geral; 12 a 24 horas, quando a anestesia for associada. Mas a determinação deste tempo pode ser variável e fica na dependência de cada caso.

**Escolha de um nariz novo:** a possibilidade de escolha do paciente por um novo nariz vai até um certo limite, que é determinado pelo equilíbrio estético que deverá haver entre o nariz e a face do(a) paciente, o que será fruto de detalhado estudo do cirurgião sobre seu(sua) paciente.

**Evolução pós-operatória:** até que se atinja o resultado desejado, diversas fases evolutivas ocorrerão e são características desse tipo de cirurgia. Tais reações são variáveis de pessoa para pessoa, contudo é importante proporcionar o necessário tempo ao organismo para que ele “administre” esta nova situação.

NENHUM RESULTADO DE CIRURGIA ESTÉTICA DE NARIZ DEVERÁ SER AVALIADO ANTES DO 6º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO. O RESULTADO FINAL SE DARÁ EM TORNO DE 12 MESES.

Além do que, após a retirada do “gesso” (aproximadamente 8 dias), e mesmo corrigidos os principais defeitos do nariz, ele vai mostrar-se aquém do desejado, devido ao inchaço, que irá diminuir, gradativamente, até desaparecer em torno do 6º mês (esse período pode ser menor ou maior, dependendo do biotipo de cada paciente). O resultado de uma Rinoplastia é praticamente definitivo, ressaltando-se, porém, que após os 50 anos de idade, todo nariz começa a apresentar alterações morfológicas compatíveis com a idade, bem como devido à transformação apresentada pela pele que o reveste.

**Tamponamento nasal:** não é usado de rotina, só é empregado quando é realizada a septoplastia (correção de septo). Neste caso, é retirado o tampão, geralmente, após 24 horas.

**“Placa ou Gesso”:** você usará sobre o nariz apenas um pequeno curativo plástico americano. É leve e discreto. Você o usará por 7 a 9 dias.

**Cicatrizes ou marcas de pontos:** praticamente não existe cicatriz aparente, pois elas se encontram dentro do nariz. Em alguns casos poderá haver um único ponto em cada lado do nariz ou, então, uma cicatriz de aproximadamente 5 milímetros na columela (parte inferior do nariz) ou, ainda na base das asas nasais, dependendo da técnica empregada. O aspecto final destas cicatrizes ficará na dependência do tipo de pele do(a) paciente e de suas características de cicatrização naquela região.

**A respiração após a cirurgia:** pode se apresentar melhor em uma das narinas, e no período inicial pode estar dificultada pelo inchaço (edema) interno e a lenta recuperação dos tecidos operados.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, a Rinoplastia pode apresentar os seguintes riscos:

* Sangramento nasal
* Cicatrizes aparentes
* Rinite alérgica
* Respiração nasal insatisfatória
* Necrose de pele ou de mucosa
* Forma insatisfatória do nariz.

O seu médico está à sua disposição para esclarecer cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, em caso de sua eventual ocorrência.

1. **Dor:**

Geralmente este tipo de cirurgia não apresenta dor no pós-operatório. O que incomoda é o desconforto causado, principalmente, pelo tampão nasal, quando este é empregado.

1. **Náusea:**

Poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

1. **Edema (inchaço):**

É comum ao redor dos olhos, sendo mais intenso pela manhã, podendo até dificultar a abertura completa dos olhos por 1 ou 2 dias.

1. **Equimoses (manchas roxas):**

Ocorrem em alguns casos, especialmente ao redor dos olhos. Podem levar de 15 a 30 dias para desaparecer. Após a retirada do “gesso” já pode ser usado corretivo facial, possibilitando um melhor convívio social.

1. **Sangramento:**

Pequeno sangramento no curativo (“bigode”) ou pelas laterais do gesso, próximo ao canto dos olhos, é considerado normal. Se ficar mais intenso ou não cessar com o repouso, avisar imediatamente seu médico.

1. **Rinite alérgica:**

Quando preexistente à cirurgia, poderá reaparecer após a rinopastia, demandando continuidade no seu tratamento clínico da rinite.

**ORIENTAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO**

* Curativo: trocar somente o curativo “bigode” quando ele estiver muito úmido. Se preferir pode ficar sem o curativo, mas lembre-se de não assoar o nariz.
* Repouso: não fazer repouso adicional, pois pode favorecer o aumento do edema. Usar dois travesseiros ao dormir, por uma semana, mantendo sempre a face voltada para cima (nunca lateralmente). O uso de meia elástica também é recomendado durante a cirurgia, e até 5 dias após, para prevenir o tromboembolismo.
* Evitar sol, vento ou friagem nos três primeiros dias.
* Tomar cuidado especial com o “gesso” para não o traumatizar, não o umedecer e jamais retirá-lo. Só (a) cirurgião(ã) poderá fazer esta remoção.
* Usar compressas com soro fisiológico gelado sobre os olhos nas primeiras 05 horas e, depois, 30 minutos a cada 2 horas, por três dias.
* Procure não abaixar a cabeça e não faça esforço físico.
* Pode pingar soro fisiológico (opcional), à vontade, no nariz para facilitar a respiração.
* Permanecer no domicílio, sem sair, até o 2º dia de pós-operatório
* Massagem tipo drenagem, após a retirada do gesso, sob a orientação do seu médico é indicada.
* Retornar ao trabalho só após a retirada do gesso (aproximadamente 8 dias). Caminhadas esportivas após 15 dias, evitando tomar sol.
* Dirigir, geralmente, após o 5º dia de pós, se as condições visuais permitirem.
* Uso de óculos, após 30 dias, ou antes, se liberado por seu médico.
* Esportes após 45 dias.
* Sol intenso após 45 dias, usando boné e protetor solar indicado por seu médico.
* Após a retirada do gesso é livre o uso de maquiagem leve e o corretivo.
* Caso você tenha animal 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 decontrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.
* Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
* Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
* Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

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**