

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE USO DE TOXINA BOTULÍNICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados ao **USO DE TOXINA BOTULÍNICA** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do CHSF, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1 - INFORMAÇÕES GENÉRICAS: A toxina botulínica é uma toxina obtida da bactéria denominada Clostridium botulinicum. No produto a ser aplicado, a bactéria encontra-se atenuada. Estas aplicações injetáveis vêm sendo usadas, há vários anos, em crianças e adultos, com a finalidade de resolver problemas de espasmo muscular, tanto na face quanto em outras regiões do corpo. Também vem sendo utilizada na área da Odontologia. O modo de ação se dá por meio de um "enfraquecimento" muscular. Basicamente, pode-se dizer que a toxina bloqueia quimicamente a "placa motora" do músculo, impedindo que ocorra a contração muscular.

2 - INDICAÇÕES: Em Cirurgia Plástica, esta técnica tem sido mais usada para amenizar rugas dinâmicas ou de expressão (causadas pela ação muscular) na região frontal (testa), na glabella (entre sobrancelhas) e também na região periorbital (pés-de-galinha), hiperidrose e tratamento de simetrização de face pós-paralisia facial, além de outras possibilidades

3 - MODO DE AÇÃO: A aplicação injetável da toxina botulínica enfraquece o músculo tratado, impedindo a sua contração e prevenindo o franzimento da pele, dos "pés de galinha" e de outras linhas de expressão que sejam ocasionadas pela ação muscular.

4 - MODO DE APLICAÇÃO: Por via injetável, utilizando-se uma agulha muito fina, que é introduzida diretamente no músculo a ser tratado. Não há necessidade de anestesia e o resultado (enfraquecimento muscular) começa a ser observado entre 24 horas a 5 dias após a injeção. Em algumas regiões, o resultado só é visto após 20 dias.

5 - RESULTADOS: Em geral, os resultados são muito bons. Porém, como este resultado depende da resposta orgânica de cada paciente, existe a possibilidade de ser necessária uma adequação de dose ou, mesmo, que o produto não venha a surtir o efeito desejado, e isto poderá ocorrer quando o organismo já tiver produzido, anteriormente, anticorpos anti-toxina botulínica. Nestes casos, não haverá devolução do pagamento efetuado pela aplicação do produto, pois este resultado negativo não se deveu à falha técnica e, sim, a uma resistência individual orgânica do(a) paciente ao produto injetado, a qual não é possível de ser prevista previamente

6 - EFEITOS COLATERAIS: Têm sido mínimos. Ocasionalmente pode ocorrer um discreto edema (inchaço) e/ou equimose (mancha roxa) na área tratada. Raramente, o músculo adjacente pode ficar enfraquecido (por uma, ou por várias semanas após a injeção). Qualquer dúvida ou reação diversa, contatar, imediatamente, com seu(sua) cirurgião(ã).

7 - DURAÇÃO DO EFEITO: Por se tratar de ação química, este tratamento não é definitivo, pois o produto perde o seu efeito após 4 a 8 meses, o que também varia de pessoa a pessoa. Após este período, nova aplicação poderá ser planejada se o(a) paciente assim o desejar. Esta nova aplicação deverá ser feita, igualmente, sob novo contrato.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização de **USO DE TOXINA BOTULÍNICA** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o **USO DE TOXINA BOTULÍNICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **USO DE TOXINA BOTULÍNICA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.

8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).

2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:

2.1 – Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.

2.2 – Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.

3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.

4 - Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.

2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!

3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 ou **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**