

## **TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)**

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 **PROCEDIMENTO DE RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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. Em se tratando de Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior, não pode-se exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.
2. O cirurgião (ã) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área, já anteriormente operada, pode vir a apresentar.
3. Uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade.

### **DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização do **PROCEDIMENTO DE RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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 **PROCEDIMENTO DE RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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.

#### **DE POSSE DESTAS INFORMAÇÕES, DECLARO AINDA QUE:**

1. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que o Festoon Malar se forma em decorrência de vários fatores, tais como: flacidez da pele, flacidez do músculo orbicular, edema peri-orbitário (inchaço ao redor do olho), e acúmulo de tecido celular subcutâneo em pálpebras inferiores. Em razão desta multiplicidade de fatores, não há um consenso sobre qual é a técnica cirúrgica mais indicada para corrigir o Festoon Malar, ficando isto a encargo do(a) cirurgião(ã), que saberá escolher e usar a técnica que melhor se adequará ao meu caso.
2. Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a) e toda sua equipe a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.
3. Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para

toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora, quanto à permanência dos resultados atingidos.

4. Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.
5. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a cirurgia proposta, por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.
6. Estou ciente que o Festoon Malar pode apresentar piora no verão, em presença de altas temperaturas, bem como ocorrer piora do mesmo na dependência de determinados hábitos diários, específicos de cada paciente. Também sei que poderá, no pós-operatório, haver limitação das minhas atividades cotidianas por curto período ou por tempo indeterminado.
7. Eu declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual autorizo o(a) profissional acima designado(a) a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s), entendendo claramente que não me podem ser dadas garantias de resultado.

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.

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 RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (FESTOOM MALAR)** 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**.