

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## CIRURGIA PERIOCLAR – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIS

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO desta cirurgia é o de retirar tanto quanto possível o excesso de pele das pálpebras, a fim de proporcionar uma melhora do campo de visão periférico superior e uma melhora na sensação de peso na área dos olhos - conforme informado pelo paciente- comprometido e/ou relacionado a tal excesso de pele. Portanto, a cirurgia plástica das pálpebras retira apenas os excessos de pele e de gordura, procurando corrigir a flacidez muscular e melhorar o aspecto funcional e estético daquelas. Os conhecidos “pés de galinha”, por se encontrarem fora do limite das pálpebras, não sofrerão modificação. Lembrar, ainda, que só a cirurgia das pálpebras, isoladamente, não proporciona um rejuvenescimento geral à face; isto demandaria outras condutas associadas à Blefaroplastia.

### RECOMENDAÇÕES ÚTEIS

#### NO PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Compareça ao local da cirurgia (hospital, clínica), no horário previsto e marcado na sua guia de internação.
2. Venha acompanhado(a);
3. Comunique qualquer anormalidade ocorrida antes da internação;
4. Não use maquiagem no dia da internação;
5. Traga óculos escuros para seu maior conforto ao receber alta;
6. Caso a internação se dê no mesmo dia da cirurgia e sua anestesia seja local, tome apenas uma xícara de café com leite, acompanhada de pequena quantidade de pão ou bolacha.

#### NO PÓS-OPERATÓRIO:

01. Use dois travesseiros para dormir nos primeiros 7 dias.
  02. Não traumatize, nem coce os olhos;
  03. Evite vento, sol e friagem por 90 dias;
  04. Use óculos escuros sempre que se expuser à luz natural;
  05. Alimente-se normalmente;
  06. Lavar a cabeça está liberado a partir do 7o dia (caso haja fita de *micropore* na região operada, não permita que o mesmo se molhe); Pode lavar o cabelo no tanque ou no salão, SEM MOLHAR O CURATIVO, se necessário;
  07. Permanecer no domicílio até o 4o dia; Óculos, TV e leitura: liberados a partir da cirurgia;
  08. Retirada dos pontos: entre 7 a 10 dias (marcar horário com seu médico);
  09. Trabalho: alguma atividade após o 4o dia, se as condições visuais permitirem;
  10. Dirigir: quando as condições visuais permitirem. Nunca antes do 4o dia.
  11. Maquiagem leve, e corretivo só após o 4o dia;
  12. Lentes de contato: após 15 a 30 dias. Fale com seu médico;
  13. Caminhadas esportivas: após 10 dias, usando óculos, boné e evitando sol;
  14. Esporte, exceto natação: após 20 dias;
  15. Natação: após 90 dias;
  16. Sol direto na face: após 45 dias, desde que não apresente manchas roxas, usando protetor solar (FPS 60), óculos de sol e boné;
  17. Obedeça às prescrições de seu(sua) médico(a);
  18. Volte ao consultório para fazer os curativos e as revisões nas datas estipuladas; não se automedique.
  19. Consulte estas instruções tantas vezes quantas forem necessárias;
  20. O bom resultado final também depende de você.
- OBS.: O cirurgião não pode ser responsabilizado pelo resultado de uma cirurgia, cujo(a) paciente abandona o acompanhamento pós-operatório

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## CIRURGIA PERIOcular – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIIS

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

EU, \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF

No \_\_\_\_\_, por determinação explícita de minha vontade, reconheço DRA DÉBORA DINIZ MITIDIERO, médica inscrita no **CRM MG** sob o nº 55516 e autorizo a mesma bem como todos os demais profissionais dos quais ele se serve e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) denominado (s) cientificamente\* e popularmente\*\* como

( ) **BLEFAROPLASTIA / PLÁSTICA DAS PÁLPEBRAS**

( ) **OUTRA CIRURGIA PERIOcular:** \_\_\_\_\_

bem como todos os cuidados e tratamentos médicos necessários dele(s) decorrentes.

#### 2- O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso ENTENDO que:

- Comumente ocorre **edema das pálpebras (inchaco) e equimoses (áreas arroxeadas)** no pós-operatório desta cirurgia;
- **Sangramentos** pela ferida operatória podem ocorrer e são mais comuns nos pacientes hipertensos. Esta intercorrência em geral melhora espontaneamente com medicamentos anti- hipertensivos e do uso de compressas com soro gelado;
- Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de paciente para paciente;
- Menos comumente ocorrerá **lacrimejamento prolongado e queixas de desconforto ocular** que devem ser tratadas clinicamente com colírios, massagens e acompanhamento oftalmológico. Mais raramente um procedimento cirúrgico adicional para reforço dos ligamentos palpebrais (cantopexia) pode ser necessário em pacientes com muita flacidez local;
- Poderá ocorrer edema da conjuntiva (quemose), que leva a um prolongamento da recuperação, e muitas vezes necessidade de acompanhamento oftalmológico;
- Poderão ocorrer pequenos **cistos na cicatriz palpebral**, que melhoram com massagens, mas que podem requerer pequeno procedimento cirúrgico para sua retirada;
- Muito raramente poderá ocorrer o **hematoma retrobulbar**, complicação esta que deverá prontamente ser tratada com a abertura dos pontos e evacuação do hematoma para evitar danos à visão;
- a- A melhora a ser obtida será baseada na **situação inicial pre-operatória individual**, e **não** em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;
- b- Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente e com **intensidade variável**, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis.
- c- Poderá ocorrer **alargamento ou hipertrofia de cicatrizes** após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um retoque cirúrgico posterior;
- d- Poderá haver **inchaco** (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos frequentemente por meses;
- e- Poderá haver **manchas** na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e muito raramente serão permanentes;
- f- Poderá haver **descoloração** ou **pigmentação** cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais frequente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;
- g- Eventualmente, **líquidos**, sangue e/ou secreções, podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;
- h- Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica (necrose) e **deiscência** (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar para sua reparação de tratamento clínico com curativos e novo(s) procedimento(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;
- i- Poderá ocorrer um **processo infeccioso** na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;
- j- Poderá ocorrer **alergia** aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## CIRURGIA PERIOCLAR – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIS

k- Ocasionalmente, poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.

l- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de  **retoques**  ou **pequena cirurgia** complementar, para atingir um melhor resultado;

O conhecimento e o entendimento das informações acima mencionadas são muito importantes antes da realização de qualquer Cirurgia Plástica. Estas informações poderão servir como um “**MANUAL DE CABECEIRA**”, caso você venha a se operar, recordando-lhe as instruções fornecidas durante a primeira consulta.

As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os **princípios éticos básicos** de respeito pelo ser humano, da **minimização de resultados insatisfatórios** ou não desejados, dentro de uma conduta adequada e cientificamente aceita.

Existem alguns fatores na evolução da cirurgia que não dependem da atenção do cirurgião plástico, e portanto “**não lhe será possível garantir resultados**”. Assim, por exemplo, a qualidade de cicatrização que o (a) paciente irá apresentar está intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir.

Como resultado da cirurgia **existirá uma cicatriz**, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para torná-la o menos evidente possível. Uma técnica apurada e cientificamente aceita poderá colaborar no sentido de minimizar diversas dessas situações. A colaboração plena do (a) paciente, através do seguimento das instruções dadas pelo cirurgião, no pós-operatório também se reveste de grande importância na obtenção do resultado.

**As cicatrizes são consequência da cirurgia**, portanto pondere bastante quanto à conveniência de conviver com elas após a cirurgia: elas nada mais são do que indícios deixados em lugar de outro defeito anteriormente existente na região operada. Se houver uma evolução desfavorável da cicatriz, desde que a intervenção tenha sido realizada sob padrões técnicos e cientificamente aceitos, deverá ser investigado se o seu organismo é que não reagiu como se esperava.

**Portanto, de posse dessas informações:**

3- **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 ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, **AUTORIZO**, a cirurgiã **Dra. DÉBORA DINIZ MITIDIERO** e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar;

4- **EU ENTENDO**, que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias envolvendo risco para a vida, serem raras;

5- **EU ENTENDO** que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais **ACEITO** o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual de idade” ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos;

6- **EU ME COMPROMETO** a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de por em risco minha saúde e meu bem estar;

7- **CONCORDO E ME COMPROMETO** também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico;

8- **EU COMPREENDO E ACEITO**, o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização;

9- **EU AFIRMO** ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e a poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas a minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

10- **EU ME COMPROMETO** a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## CIRURGIA PERIOCLAR – OCULOPLÁSTICA E VIAS LACRIMAIS

ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

11- **EU DECLARO** que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que por ventura existirem;

12- **EU AUTORIZO** o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médica – legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; **entendo** também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada;

13- **ESTOU CIENTE** que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano em cada paciente após a cirurgia. Estou ciente ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições de moradia (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e de deslocamento desfavorável (transporte público).

14- Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo a Cirurgiã Plástica **DRA. DÉBORA DINIZ MITIDIERO** a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas verbalmente pela médica e que estou convicto (a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.

Para tanto, assino o presente termo na presença de duas testemunhas, que a tudo assistiram. Para que produza seus legais efeitos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura / CPF

### TESTEMUNHAS:

1. Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_