

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CIRURGIA PLÁSTICA DE GINECOMASTIA
(Cirurgia Plástica Mamária Masculina)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

A cirurgia de *Ginecomastia* se destina a retirar o excesso de gordura e/ou de glândulas da região peitoral masculina. Quando o volume excessivo local for exclusivamente de gordura, esta será retirada por lipoaspiração, restando uma cicatriz de aproximadamente 0,5 cm. Quando houver glândula mamária ocasionando a deformidade, a cicatriz deixada ficará na borda aréola. Em caso de grande volume local poderá ocorrer sobre de pele. Entretanto esta pele, com o passar do tempo, se acomodará sobre a região. Em alguns casos, poderá ser necessária uma cirurgia de retoque ou refinamento para a retirada de mais pele, ficando, nestes casos, uma cicatriz maior e mais visível. O aspecto “achatado”, às vezes resultante, deverá ser corrigido com musculação, a ser indicada para alguns pacientes, por seu médico, no devido tempo.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

Após a cirurgia você usará uma cinta modeladora sobre a região peitoral e, eventualmente, terá um curativo e dois drenos (pequenos tubos) sob o modelador.

Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. Serão trocadas pelo seu médico, por ocasião dos dois primeiros curativos.

Drenos: serão retirados, geralmente, no 1o dia após a cirurgia (marcar hora).

Dor: moderada, sendo minimizada com analgésicos. Alguns pacientes não chegam a precisar de analgésicos.

Edema (inchaço): será acentuado, principalmente, na região da aréola e dos mamilos, impedindo a visualização final do resultado, por várias semanas.

Amortecimento: a pele da região ficará amortecida por algum tempo, o que é variável de paciente a paciente.

Equimoses (manchas roxas): frequente nas áreas lipoaspiradas ou mesmo muito abaixo delas. Desaparecem em, aproximadamente, 30 dias.

Nódulos: aparecem nas áreas de lipoaspiração, eventualmente podendo ser sentidos à palpação. Geralmente desaparecem no decorrer do pós-operatório. Caso persistam por mais tempo, podem requerer drenagem linfática, ultrassom ou pequeno retoque.

Repouso: Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço). Ficar sentado ou semissentado é uma boa alternativa. Quando no leito, movimentar frequentemente os pés e as pernas.

Banho: liberado a partir do 2o dia, porém deve ser extremamente rápido, e só para fazer a troca de modelador. Banho mais demorado, só a partir do 5o dia, sempre de chuveiro, nunca de banheira.

Cinta Modeladora: uso contínuo por 45 dias. Só retirar na hora do banho. Ajustá-la quando começar a ficar folgado, em decorrência da regressão do edema (inchaço).

Fitas de Micropore: realizar a troca somente uma vez por semana: aguarde a liberação de seu médico para este início. Você as usará sobre as cicatrizes, por aproximadamente 2 meses e de acordo com o caso; poderão ser trocadas por fitas de silicone durante o dia e creme para massagem, nas cicatrizes, à noite.

Ficar no domicílio por 24 horas, sem sair. Mas começar a andar, dentro de casa, após 5 horas depois da cirurgia.

Retirada dos pontos: caso hajam, serão retirados entre 7 a 10 dias de pós-operatório.

Trabalho: se não for exaustivo, reiniciar após o 4o dia de pós.

Caminhadas e Esportes: desde que não envolvam a área operada – após 15 dias. Esportes que envolvam a área operada, tais como musculação para braços, ombros, peitoral e dorso, natação e aeróbica, só após 45 dias.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele. Desde que não incida diretamente sobre as cicatrizes, estará liberado após 2 meses. Usar protetor solar.

Dirigir automóvel: após 5 dias, caso se sinta apto para isso e se não sentir dores.

Drenagem linfática e ultrassom: seu uso favorece a diminuição do edema (inchaço) após a 1a semana. Dar preferência para profissionais indicados por seu médico. Evite fazer qualquer outro tipo de tratamento fisioterápico.

RUBRICA: _____.

Alta completa: após 6 meses, quando será submetido a nova consulta e feitas fotos pós-operatórias para controle de qualidade dos resultados. Retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final, ou seja, para retirar pele que possa estar comprometendo o bom resultado final. Escolha, com seu médico, a época mais oportuna para sua realização.

RISCOS:

Toda cirurgia e toda anestesia envolve algum tipo de risco à saúde, tais como: inchaços, alterações na coloração da pele, sangramentos, acúmulo de líquidos ou de sangue sob a pele (seromas e hematomas), exigindo múltiplas drenagens ou nova cirurgia; infecção (saída de pus), reações alérgicas, entupimento de veia na perna (trombose venosa profunda), complicações pulmonares (embolia pulmonar), complicações cardíacas (infartos, arritmias cardíacas), derrames cerebrais, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte). Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico e à anestesia, a Ginecomastia apresenta, ainda, os seguintes riscos: persistência de pele, gordura ou glândula, formato local diferente do esperado, necroses da pele, diminuição ou perda da sensibilidade local, assimetrias entre um lado e outro ou no mesmo lado, cicatrizes aparentes ou queloidianas, hematoma, seroma (acúmulo crônico de líquido sob a pele).

Lembretes finais:

Obedecer rigorosamente à prescrição médica.

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 de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

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).

Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de Ginecomastia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine qualquer dúvida restante.

RUBRICA: _____.

DO CONSENTIMENTO:

Assim, de posse de todas as informações necessárias, Eu, _____ declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, **dou meu consentimento**, livre e esclarecido, para que o(a) **Dr. Pedro Leonardo Sanches Faveret**, médico, portador dos Títulos de Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica registrados no CREMERJ sob o número 52.64246-0, e toda a sua equipe, realizem em mim o procedimento acima mencionado, de **Ginecomastia**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir **situações ou elementos novos** que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, **outros procedimentos adicionais e/ou diferentes** daqueles previamente programados **possam se fazer necessários**. Por tal razão, **autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação** que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a **usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição** para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a **Medicina não ser uma ciência exata**, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual **aceito o fato** de que não me podem ser dadas **garantias de resultado**, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Entendo e concordo que pode haver necessidade de cirurgia(s) complementar(es), para melhorar o resultado obtido, alcançar a satisfação pessoal ou corrigir um eventual insucesso ou complicação.

Estou ciente de que alguns seguros de saúde podem não oferecer cobertura para o pagamento das despesas nos casos de outra cirurgia indicada para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação. Mesmo que o cirurgião e sua equipe optem por não estabelecer honorários, os custos de materiais/insumos hospitalares, medicamentos, exames complementares, transfusões de sangue e honorários de outros profissionais médicos são de minha responsabilidade.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. **Estou consciente** de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional, além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

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. Assim agi, e o confirmo, **assinando** abaixo e **rubricando** todas as folhas do mesmo.

Observações: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

assinatura do(a) paciente

CPF

Testemunha: _____ CPF _____