

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

OTOPLASTIA

(Cirurgia Plástica de correção de "orelha em abano")



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

Objetivo da cirurgia: modificar a posição da orelha com o intuito de diminuir o aspecto da denominada "orelha de abano", contribuindo assim para o bem-estar psicossocial do indivíduo e, principalmente, das crianças em idade escolar, devido aos comentários e/ou zombaria dos colegas. Todavia, nada impede que tal correção se faça em outras fases da vida.

Limitações no resultado da cirurgia: importante frisar que não existe uma orelha igual a outra. Mas, nem sempre estas diferenças naturais são percebidas pelo paciente antes da cirurgia. O que muda com a cirurgia é que a orelha terá um aspecto mais normal, sendo posicionada mais próxima da cabeça e com seu relevo mais pronunciado. Entretanto, as demais características já existentes, como assimetrias e contornos, serão mantidas. O tamanho da orelha não será diminuído, a não ser em situações especialíssimas e, portanto, raras.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

1. **Tipo de anestesia:** em crianças, anestesia geral. Em adultos, pode ser local com sedação assistida, ou outra, a critério dos médicos (cirurgião e anesthesiologista).
2. **Tempo de duração da cirurgia:** quando bilateral, em média 90 minutos. Sendo unilateral, 45 minutos.
3. **Período de internação:** com anestesia geral, 24 horas. Com local, 3 a 6 horas.
4. **Cicatrizes:** a cicatriz desse tipo de cirurgia fica quase imperceptível, em razão de localizar-se atrás da orelha, próxima ao cabelo. No início podem ficar mais espessas e avermelhadas, melhorando normalmente com o passar do tempo. Sendo uma região de pele muito fina, a tendência da cicatriz é ficar quase inaparente.
5. **Dor no pós-operatório:** geralmente, a dor é bastante suportável; se houver, será reduzida com o uso de analgésicos.
6. **Náuseas:** podem ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
7. **Curativos:** a proteção da cicatriz é feita com pequenos curativos e a orelha é protegida, nos primeiros dias, com uma *touca* (principalmente em crianças), o que previne traumatismos locais. Não deverá retirar a touca por, pelo menos, dois dias. Depois de retirada, deverá continuar usando uma faixa elástica em casa, ou quando for dormir, até completar 45 dias de operado(a).
8. **Retirada dos pontos:** os pontos são retirados por volta do 7º ao 14º dia de pós-operatório.
9. **Resultado definitivo:** é variável, de pessoa para pessoa, no entanto, após 12 semanas já será possível fazer uma avaliação; todavia a alta completa se dará após seis meses, quando o(a) paciente será submetido(a) a exame e novo estudo fotográfico para controle de qualidade dos resultados. Em casos raros poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e ou da cicatriz (caso tenha tendência para formar quelóides).
10. Lembrar sempre que um lado do corpo nunca é igual ao outro, assim, uma pequena assimetria é possível de ser observada, mesmo após a cirurgia, o que também ocorre com as pessoas que têm orelhas normais, já que não existe simetria absoluta na natureza.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

- Comunicar, até a véspera da cirurgia, se você apresentar alguma ocorrência, tal como gripe, febre, infecção ou algo semelhante.
- Obedecer ao horário estabelecido para a internação. Vir acompanhado(a).
- Tratando-se de **anestesia geral ou sedação**, manter **jejum** por um período de **8 horas antes** da cirurgia.
- Lavar os cabelos na véspera da intervenção. Caso tenha cabelos compridos e decida cortá-los, deixe isso para um período posterior à cirurgia, pois eles ajudarão a disfarçar a área operada.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

- Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 20 dias.
- Dieta livre.
- Comparecer ao consultório para controle pós-operatório, nos dias e horários indicados.
- Atividades escolares ou profissionais, recomeçar em torno de 3 a 7 dias após a cirurgia.
- Caminhadas esportivas – após 10 dias (evitar sol).

RUBRICA: _____.

- Outros esportes – após 20 dias (exceto os esportes que coloquem a orelha em risco, como *jiu-jitsu* ou judô, os quais só serão liberados com 3 meses de pós-operatório).
- Sol intenso direto na face – após 20 dias, usando protetor solar. o Uso de óculos – quando apoiado à orelha, somente 1 mês após.
- Lavagem do cabelo – com cuidado poderá ser liberada no 3o dia, após a retirada da touca, tendo o cuidado de não dobrar a orelha para frente. Ao limpar e/ou enxugar a pele atrás da orelha, usar apenas cotonetes.
- Obedecer 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.
- Lembrar que um bom resultado final depende também de você

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). A **Otoplastia**, além dos riscos gerais de toda cirurgia, bem como da anestesia, pode apresentar os seguintes riscos: assimetria de formas ou de posição entre uma orelha e a outra, alteração na sensibilidade local, cicatrizes aparentes e/ou do tipo queloidiana, dor persistente, infecção nas cartilagens.

Qualquer sensação estranha ou alteração no local da cirurgia deve ser, de imediato, comunicada ao seu(sua) cirurgião(ã).

Lembrete: Toda cirurgia com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de um **refinamento ou retoque**. Converse com seu cirurgião sobre isto.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia 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 alguma 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, **OTOPLASTIA** 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 _____