

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA: BLEFAROPLASTIA (PLÁSTICA DE PÁLPEBRAS) E LIFTING DE SOBRANCELHAS

Código de Ética Médica: Princípio Fundamental: “O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.” **Art. 22** – “É VEDADO ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.” **Art 34^o** – “É VEDADO ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

INSTRUÇÕES:

Este é um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, preparado para ajudar o seu cirurgião a informá-lo sobre a sua plástica de pálpebras com o lifting de sobrancelhas, os seus riscos, benefícios e alternativas a este tratamento. É o instrumento que garante a você o acesso à informação de maneira clara e objetiva para que possa, livremente, decidir-se pela realização da sua cirurgia.

INTRODUÇÃO:

A blefaroplastia é indicada para remover o excesso de pele e músculo das pálpebras superiores e inferiores, juntamente com depósitos (bolsas) de gordura. O lifting de sobrancelhas é indicado para corrigir a queda das sobrancelhas por sobre as pálpebras superiores. Pode, ainda, melhorar a visão em idosos pela remoção da pele sobre a abertura palpebral. A blefaroplastia não vai melhorar as rugas em volta dos olhos (“pés-de-galinha”), as olheiras.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS:

Existem alternativas ao tratamento cirúrgico das pálpebras e ao lifting de sobrancelhas: a não realização da cirurgia é uma opção. Os peelings químicos, com laser e a aplicação de toxina botulínica podem, em maior ou menor grau, oferecer melhorias na flacidez de pele, nas rugas finas e na queda das sobrancelhas.

RISCOS DE UMA BLEFAROPLASTIA (PLÁSTICA DE PÁLPEBRAS) E DO KIFTING DE SOBRANCELHAS:

1. **Em relação à saúde global do paciente:** Não existe cirurgia sem risco. Toda cirurgia envolve algum tipo de risco à saúde. Este risco varia conforme: o tipo de cirurgia; as condições clínicas pré-cirúrgicas do paciente; as características individuais; pré-disposições hereditárias (de nascença); o tempo de duração da cirurgia e o tipo de anestesia realizada. O fumo, o uso de anticoncepcional oral e hormônios, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, álcool e o uso de substâncias e medicamentos não informadas ao cirurgião podem desencadear complicações durante e após a cirurgia, aumentando o seu risco. A decisão voluntária de submeter-se à cirurgia é feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como trombose venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).
2. **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. O acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele ou ao redor do globo ocular. Caso ocorra, pode necessitar de tratamento emergencial. A hipertensão arterial não controlada com medicação regular pode causar sangramentos durante e após a cirurgia. O acúmulo de sangue (coágulos) embaixo das pálpebras pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial.
3. **Infecção (saída de pus):** é rara nesta cirurgia. Caso ocorra, pode necessitar de tratamento com antibióticos.
4. **Olho seco:** podem ocorrer alterações envolvendo a produção de lágrima, prejudicando a lubrificação da córnea. Esta ocorrência é rara e imprevisível. Indivíduos que normalmente possuem olho seco devem ser advertidos antes da cirurgia.
5. **Cegueira:** é extremamente rara após a plástica de pálpebras. Entretanto, pode ser causada por sangramento interno ao redor do olho durante ou após a cirurgia.
6. **Cicatrização:** apesar de uma boa cicatriz ser esperada, a sua presença será permanente. Existe a possibilidade que ela seja visível e de que se formem pequenos cistos devido às suturas. Em casos raros, pode ocorrer a cicatrização excessiva (hipertrofica ou quelóide), demorada ou com abertura dos pontos. Pessoas de pele negra, com história prévia ou história familiar de quelóides tem uma chance maior de desenvolverem uma cicatriz tipo quelóide do que indivíduos de pele branca. Nestes casos, tratamentos adicionais podem ser necessários.
7. **Lesão à estruturas profundas:** estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes.
8. **Anestesia:** Todo o tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e, até mesmo, óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação.
9. **Assimetria:** a face humana e a região orbitária (dos olhos) é normalmente assimétrica. Assimetrias entre um lado e outro podem existir no pós-operatório.
10. **Ectrópio:** o deslocamento da pálpebra inferior para longe do globo ocular é uma complicação rara, mas possível de acontecer. Outra cirurgia pode ser necessária para a sua correção.
11. **Exposição da córnea:** alguns podem experimentar dificuldades em fechar os olhos após a cirurgia, que podem resultar no ressecamento da córnea. Caso esta rara complicação ocorra, outros tratamentos podem ser necessários.
12. **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas à esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório.
13. **Resultados:** apesar de bons resultados serem esperados, não há como o cirurgião dar garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos. O exercício da medicina e da cirurgia não é uma ciência exata. Existe a possibilidade de insatisfação com o resultado da cirurgia, podendo ser necessária(s) outra(s) cirurgia(s) até que a satisfação pessoal seja alcançada.
14. **Cirurgias adicionais:** apesar de pouco comum, pode haver necessidade de cirurgia complementar, para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação.

(CONTINUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA PLÁSTICA DE PÁLPEBRAS E LIFTING DE SOBRANCELHAS - DR. PEDRO FAVERET)

- 15. Responsabilidade financeira:** alguns seguros de saúde podem não oferecer coberturas nos casos de uma outra cirurgia. Mesmo que o cirurgião e sua equipe optem por não estabelecer honorários, os custos de materiais hospitalares e anestésicos são de responsabilidade do paciente.
- 16. Duração do tratamento:** o tratamento completo envolve orientações pré e pós-operatórias **que me foram entregues por escrito** e que devem ser cumpridas integralmente, por um período mínimo que varia de 3 (três) a 6 (seis) meses após a cirurgia, sob o risco de interferir no resultado final, podendo causar seqüelas transitórias ou definitivas.
- 17. Efeitos de longo prazo:** podem ocorrer alterações subseqüentes nas pálpebras devido ao processo natural de envelhecimento, à perda ou ao ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores não relacionadas à cirurgia que podem alterar o resultado obtido e que não há como prever o tempo de duração dos resultados. Outra(s) cirurgia(s) e/ou outro(s) tratamento(s) pode(m) ser necessário(s) para a manutenção dos resultados.

CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA DE PÁLPEBRAS E LIFTING DE SOBRANCELHAS

Eu, _____ RG n° _____

solicito e autorizo o Dr. Pedro Leonardo Sanches Faveret, Médico, portador dos títulos de especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sob o número 52.64246-0, a realizar a cirurgia de blefaroplastia (plástica de pálpebras) e lifting de sobrancelhas, baseado no diagnóstico de blefarocalázio e/ou dermatocalázio (flacidez de pele e/ou músculo nas pálpebras) com queda das sobrancelhas, com o objetivo de remover o excesso de pele e/ou músculo e/ou de “bolsas” de gordura na região das pálpebras e corrigir a queda excessiva das sobrancelhas. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o ato cirúrgico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada do exposto nas páginas 1 e 2 deste documento, compreendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e anestésico em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, portanto, estar bem informado (a) tanto do procedimento cirúrgico quanto do anestésico, bem como dos riscos e cuidados relacionados à eles.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

(Paciente) ou (Responsável/Representante legal)

Testemunha