

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

INFORMAÇÕES GENÉRICAS:

O objetivo da cirurgia conhecida como “*face lift*” ou, também, “*lifting de face*” é amenizar os sinais do envelhecimento facial, pois sabe-se ser impossível voltar a ter o mesmo aspecto facial dos anos de juventude. Ou seja, não será possível devolver-lhe a face que você tinha aos 18, 20, 30 ou 40 anos. Entretanto, será possível atenuar as marcas da maturidade, conferindo-lhe um aspecto mais agradável e mais descansado.

Portanto, é muito importante que você tenha uma clara compreensão das possibilidades e limitações do resultado desta cirurgia, antes de optar pela mesma. Primeiramente você deve estar ciente de que não é possível prever, com exatidão, o aspecto final após uma cirurgia de rejuvenescimento facial, pois cada pele e cada paciente apresentam características próprias, as quais podem interferir na qualidade do resultado final e, também, na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios. Algumas rugas permanecerão e necessitarão outros tratamentos opcionais complementares como *Peeling*, toxina botulínica e preenchimentos. É possível, no entanto, atenuar os sinais do envelhecimento e da flacidez, proporcionado à sua face um aspecto mais descansado e bem disposto.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

Face Exposta – Normalmente ataduras são usadas nas primeiras 24-72 horas de pós-operatório.

Procure não se impressionar com seu aspecto após a cirurgia, pois o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) vão aparecer e são absolutamente normais nesta fase. Entretanto, dia após dia apresentarão melhora, até sua recuperação completa. Só então você poderá começar a ver o resultado obtido com a cirurgia.

Drenos – apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte à cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.

Náusea – poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;

Dor – a região operada ficará amortecida, sendo pouco frequente dor local. Poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado), além de eventual prurido (coceira), por aproximadamente 3 dias.

Manchas Roxas (equimoses) – poderão estar presentes no pescoço e ao redor dos olhos, desaparecendo, em média, após 20 dias. Contudo, após 7 dias, você já poderá usar cosméticos para escondê-las.

Edema (inchaço) – é discreto, e dia a dia fica progressivamente menor. Será mais intenso pela manhã, podendo se localizar nas laterais do pescoço e na região dos olhos, dificultando o abrir das pálpebras, nos três primeiros dias.

Manchas Vermelhas – podem ocorrer no “branco dos olhos”, sendo até mesmo frequentes, mas logo desaparecem.

Fechamento Incompleto dos Olhos – é normal nos primeiros dias após a cirurgia.

Lacrimejamento – pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema.

Visão Embaçada – pode ocorrer e geralmente será devido à pomada oftálmica aplicada nos olhos, antes de dormir.

Grumos – pequenos coágulos poderão ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente, 06 meses após a cirurgia.

Cicatrizes – as cicatrizes estarão nos locais que seu médico lhe mostrou nas consultas, antes da cirurgia, ou seja: nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo. No início, poderão ser pouco elevadas, firmes e avermelhadas. Posteriormente, ao longo de semanas e meses, essas cicatrizes ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características de sua pele. Embora a imensa maioria dos(as) pacientes conviva bem com suas cicatrizes, nenhum cirurgião poder oferecer garantias sobre a qualidade final das mesmas. Esta é uma variável biológica, pois cada organismo cicatriza à sua maneira, portanto este é um risco que você precisa aceitar, antes de ter sua face operada.

Depressão – ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em paciente com antecedentes semelhantes. A cirurgia de rejuvenescimento é uma cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer certa apreensão e alguns questionamentos para muitos(as) pacientes. Estas sensações são gradativamente substituídas pela integração de uma nova imagem, uma face que você nunca teve antes, mas que preserva os traços básicos de sua pessoa e de sua personalidade. Após sua recuperação você terá um aspecto mais jovial, porém natural, como se não tivesse sido operada. Sempre que necessário, procure seu médico, ele terá prazer em lhe oferecer o apoio que você precisa

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. **Não toque** nas áreas operadas. **Evite falar excessivamente** nos três primeiros dias.
2. **Dieta** – prefira alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos três primeiros dias.
3. **Repouso** - não faça repouso excessivo, movimente-se dentro de casa. Ao dormir não use travesseiro **NÃO DEITE COM A FACE DE LADO NO TRAVESSEIRO.**

RUBRICA: _____.

4. **Compressas geladas** nas pálpebras, (caso as tenha operado) – até o 3º dia use compressas de gaze com soro fisiológico gelado, por 30 minutos, a cada 2 horas, enquanto estiver acordado(a).
5. **Lavagem do cabelo** – somente após o 2º dia, com muito cuidado, usando água morna e *Soapex Cremoso*. Secador, somente o manual e com moderação e ar morno.
6. **Meia Elástica** (compressão suave) – deverá ser usada por 30 dias (só tirar para o banho); previne a trombose.
7. **Óculos, TV e Leitura** – se você tiver condições de usufruí-los, estão liberados desde o 2º dia (sem forçar).
8. **Retirada dos pontos** – inicia-se no 4º dia após a cirurgia. - Trabalho – iniciar somente após 15 dias de pós-operatório. - Caminhadas esportivas – somente após 20 dias (evite sol e use óculos escuros);
9. **Sol direto na face** – só após 4 meses, se tiver sido realizada dermoabrasão associada à cirurgia. Ou, então, após 2 meses se esta não foi associada. Use sempre protetor solar (FPS 50), além de chapéu e óculos. Não há contraindicação à exposição trivial ao sol como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 5º dia da cirurgia.
10. **Maquiagem leve ou corretiva** – somente após o 7º dia.
11. **Shampoo e Condicionador** – somente após o 7º dia (antes use Soapex).
12. **Dirigir** – somente após 10 a 15 dias.
13. **Lentes de contato** – somente após 15 a 30 dias.
14. **Natação** – somente após 60 dias, porém com óculos do tipo usado em Jet-ski, para evitar compressão na área operada. Tintura de cabelo e Secador de Salão – somente após 30 dias. - Hidratantes e Cremes de Limpeza – usar somente os prescritos por seu médico.
15. **Drenagem Linfática e Ultrassom** – se necessários, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico.
16. **Atenção: 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.
17. **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).
18. **Tenha sempre em mente que o bom resultado final da sua cirurgia também depende de você.**

SOBRE A ALTA CIRÚRGICA: Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com sessão fotográfica para controle de qualidade dos resultados. Provavelmente, já receberá alta da cirurgia. Outros tratamentos, tais como toxina botulínica e/ou injeções de preenchimento, poderão, também, ser recomendados por seu médico.

Em alguns casos poderá haver a indicação de uma complementação da cirurgia realizada, conhecida como “**retoque**” ou “**refinamento**” do resultado final, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior. Estes são procedimentos muito menores em relação à cirurgia já realizada. Converse com seu médico sobre qual a época mais conveniente para a 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, isquemia cerebral e, mais raramente, óbito (morte). Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia e anestesia, a **Cirurgia de Rejuvenescimento Facial** ainda apresenta os seguintes riscos: pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo(a) paciente), lacrimejamento, exposição do branco do olho (*lagofalmo/ectrópio*), persistência de bolsas gordurosas, raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos, alteração na lubrificação do olho, alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta [em homens] ou alargamento da testa), perda de área de pele (necrose), com conseqüente cicatriz ou mancha local, alteração na mobilidade da testa, edema (inchaço) persistente, assimetria ou abaixamento de supercílio, perda temporária do movimento de alguma região da face, lesão na glândula parótida, manchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão, quelóides. **TABACO/ÁLCOOL: O TABAGISMO, USO DE DROGAS E DE ÁLCOOL AINDA QUE NÃO IMPEÇAM A REALIZAÇÃO DE UMA CIRURGIA, SÃO FATORES QUE PODEM DESENCADEAR COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. A INTERRUPÇÃO DO USO DO TABACO OU DROGAS/ÁLCOOL NÃO CESSAM OS MALEFÍCIOS DO USO ANTERIOR, APENAS DIMINUEM A PROBABILIDADE DE POSSÍVEIS EFEITOS DELETÉRIOS. DEVE-SE SUSPENDER O USO DE TABACO, POR PELO MENOS 60 DIAS, ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.** O seu médico está à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes se evidencie.

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, de **REJUVENESCIMENTO FACIAL** 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 _____