TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A RITIDOPLASTIA

TCC
ABORL-CCF
Nº 18

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submeti dos à cirurgia de **RITIDOPLASTIA** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes, desde que sejam adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando seus riscos

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

Responsável: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234** Estado: SP

Data da realização do procedimento: ___/____/20_____ Data da informação sobre o procedimento: ___/____/20_____

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A ritidoplastia é uma cirurgia para harmonização estética facial, amenizando erros de simetria e deformidades adquiridas ao nascimento, por traumatismos ou mesmo devido ao desenvolvimento corporal com a passagem dos anos e aumento da idade.

CIRURGIA

A cirurgia requer uma incisão (corte) com orientação verti cal na pele da face na altura das orelhas. A correção do problema de sobra de pele ocorre com suturas e reposicionamento da musculatura e gordura facial.

As técnicas que serão utilizadas no procedimento estão de acordo com a literatura médica científica, com eficácia comprovada e divulgada em encontros de atualização científica da especialidade.

Pode ser necessária a colocação de drenos no local operado. Estes serão retirados pelo cirurgião, em média, após cinco dias.

Geralmente, o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente, há necessidade de internação de mais de um dia.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

Dor: É comum nos primeiros dias, geralmente em grau leve. Medicações via oral normalmente são suficientes para aliviar a dor.

Inchaço e manchas arroxeadas na face: Ocorrem em praticamente todas as rinoplastias e desaparecem gradualmente ao longo de algumas semanas. Raramente serão permanentes.

Marcas na pele: Podem ocorrer devido ao processo cicatricial, porém costumam desaparecer em até um ano.

Sangramento: Pode ocorrer a saída de sangue do local operado, sendo avaliado pelo médico assistente.

Dificuldade de mastigação: Pode ocorrer devido aos curativos, melhorando conforme a cicatrização local evolui.

Colocação de dreno: É um procedimento necessário na maior parte das cirurgias deste porte, para evitar acúmulo de "líquido" sob a pele.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Hemorragia e hematomas (acúmulo de sangue no local operado): Podem ocorrer, necessitando de drenagem pelo médico assistente.

Necessidade de reoperação: Apesar de bons resultados serem esperados, toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de retoques, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado.

Infecção, abscesso e necrose: Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e anti bióticos. A necrose leva à perda de estruturas, com consequentes deformidades permanentes. Podem ser necessárias novas cirurgias, geralmente com resultados estéticos limitados.

Alteração na sensibilidade da pele: A redução (ou perda) da sensibilidade na pele na região operada, que costuma ser temporária, pode não se resolver totalmente.

Cicatrizes permanentes e formação de queloides: Poderá haver a formação de uma cicatrização permanente devido à remodelação de pele, osso e cartilagem após o procedimento. Cicatrizes hipertróficas, conhecidas como queloides, também podem ocorrer a depender das características de cada indivíduo.

Alergia a fios e materiais: Embora incomum, pode ocorrer, mesmo em pacientes sem história de alergia prévia. Pode ser necessário novo procedimento cirúrgico para a retirada do material que causou a alergia.

Pigmentação ou descoloração da área operada: São pouco frequentes, tendo correlação com a pigmentação natural da pele. Apesar de poderem perdurar por meses, raramente são permanentes.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A dieta e a mobilidade podem ser mais restritas nos primeiros dias após a cirurgia, porém, não há necessidade de cuidadores paras as necessidades básicas.

Geralmente, na primeira semana, o esforço físico deve ser mínimo. Trabalho e atividades mais intensas como academia e esportes devem ser retomados apenas com liberação do cirurgião.

A exposição solar também deve ser restrita ao máximo, evitando atividades ao ar livre durante tempo variável, geralmente seis meses.

RESULTADOS ESTÉTICOS, CICATRIZAÇÃO E REOPERAÇÃO

Para se avaliar a completa cicatrização e o resultado final da cirurgia, é necessário aguardar de 12 (doze) a 18 (dezoito) meses.

A cicatrização depende das características e condições de saúde de cada indivíduo.

Características genéticas, em especial o tipo de pele, têm grande influência no resultado final.

Condições de saúde como doenças atuais e prévias, uso de medicamentos, hábitos de vida, alergias, cirurgias anteriores e resultados de exames também podem influenciar o resultado e devem ser devidamente relatadas ao cirurgião.

Reoperação para correções e retoques deve aguardar tempo variável para ser realizada, sempre a critério do cirurgião, mas geralmente com tempo mínimo de seis meses.

Para melhor adequação das expectativas e resultados da cirurgia, além da devida documentação médico-legal, autorizo o registro fotográfico pré e pós-operatório. Ainda, dou a devida ciência ao médico de minhas expectativas com o procedimento, cuja descrição segue: (Descrever minuciosamente a situação pré-operatória e consignar o que o paciente tem de expectativa de alcance do resultado final. Da mesma forma, é importante destacar o período em que o procedimento estético irá se concluir).

Ante o compromisso do exercício da melhor técnica e todos os possíveis riscos, fui amplamente esclarecido (a) sobre a possibilidade de se chegar ao resultado esperado

FINANCEIRO

Declaro, que além de todas as explicações acima, fui devidamente informado (a) sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos, sendo que estes, depois de pagos à equipe médica, não serão devolvidos, em nenhuma hipótese, após a cirurgia, pois a cobrança de honorários médicos não está atrelada ao resultado do procedimento.

Novos procedimentos, sejam para sanar complicações ocorridas nos primeiros dias de cirurgia, ou para correções e retoques a longo prazo, poderão ser ou não cobrados, a critério do cirurgião. As despesas hospitalares e honorários do anestesista são cobrados a cada internação ou procedimento e são de exclusiva responsabilidade do paciente.

CONCLUSÃO

A ritidoplastia é uma cirurgia para harmonização estética facial.

Declaro estar de acordo que embora se trate de cirurgia plástica estética, atrelada ou não a outros procedimentos funcionais, eventual insucesso não poderá ser atribuído ao cirurgião nos casos em que o dano decorrer por minha conduta exclusiva, como por exemplo deixar de cumprir os retornos ou não seguir rigorosamente as instruções acerca da recuperação pós-operatória sobre as quais fui devidamente orientado (a).

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A RITIDOPLASTIA

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

CONCLUSÃO

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto a submeter-me à cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, igualmente, estar ciente de que a evolução do procedimento e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento, com o compromisso de me informar sobre tais modificações no primeiro momento possível.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Declaro que li o texto acima e que os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e métodos terapêuticos alternativos possíveis.

SIM: __ NÃO: __

Tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível.
SIM: __ NÃO: __

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente (ou responsável): _____

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.