

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

CIRURGIA DE MASTOPLASTIA DE AUMENTO

O presente termo visa esclarecê-lo (a), fornecendo informações sobre o procedimento cirúrgico para _____, bem como eliminar dúvidas quanto à realização desta intervenção cirúrgica.

Eu, _____, dou plena autorização ao Dr. _____ – CRM _____, e sua equipe de **MASTOLOGIA** a proceder em mim o procedimento cirúrgico planejado e por mim consentido.

CIRURGIA PLÁSTICA MAMÁRIA A SER REALIZADA:

1. Diante da minha intenção de realizar os procedimentos cirúrgicos para tratamento de _____ procurei por livre e espontânea vontade o Dr. _____ que me esclareceu quanto à indicação das cirurgias, suas alternativas de tratamento, bem como quanto aos exames necessários para fazer investigação do diagnóstico e executar o tratamento médico com o máximo de segurança. Esse tratamento, apesar das vantagens e benefícios que podem proporcionar para os(as) pacientes, **NÃO É ISENTO** de riscos, reações adversas e/ou complicações, incluindo probabilidade de morte ou deformidades permanentes.

2. Declaro que obtive informações necessárias sobre idoneidade, capacidade técnica, profissional e moral dos meus médicos assistentes (incluindo toda a equipe assistente e anestesista), sendo que nada encontrei que os desabonassem.

3. Fui orientado(a) quanto à necessidade de respeitar as instruções que me foram fornecidas pelos profissionais, inclusive quanto à forma de agir diante de imprevistos decorrentes de meu tratamento, bem como fui orientado(a) quanto aos riscos que corro caso não respeite as orientações médicas recomendadas.

4. Entendo que para me submeter ao tratamento cirúrgico proposto, terei que aceitar e seguir as orientações da equipe médica que realizará a cirurgia. Portanto, passarei por avaliações e seguirei as orientações de médicos assistentes, bem como do(a) anestesista e de outros que me avaliarem e orientarem.

5. A cirurgia proposta é uma cirurgia de _____ porte e é realizada para pacientes com diagnóstico atual de anomalia de desenvolvimento mamário OU para simples modificação estética das mamas, determinando a minha insatisfação pessoal e desejando a referida correção, após adequada avaliação com exames de imagem mamária quando necessário, podendo haver a necessidade de se encaminhar material removido para estudo histopatológico do mesmo.

6. **Declaro** que fui orientada(o) que não devo omitir nada em relação a minha saúde e hábitos de vida, e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas.

7. **Contra-indicações:** Os fatores que impedem a realização da cirurgia são: distúrbios psiquiátricos, depressão grave, psicose, alcoolismo e dependência química, as quais declaro não ser portador(a). O tabagismo (fumo), obesidade, hipertensão arterial, diabetes, e outras doenças crônicas, não são contra indicações, porém são fatores potencializadores (aumentam a probabilidade e gravidade) dos riscos dos procedimentos cirúrgicos.

8. **Cicatriz:** Declaro que me foi explicado de forma clara e compreensível que toda cirurgia tem como consequência inevitável à formação de uma cicatriz, o que poderá, apesar de todo cuidado médico, ter resultados desfavoráveis, caracterizados como:

a) cicatriz hipertrófica (grossa);

b) cicatriz hipotrófica (com relevo baixo);

c) cicatriz hiperocrômica (escura);

d) cicatriz hipocrômica (clara);

e) cicatriz queloidiana = extremamente grossa e sobrelevada, ultrapassando o limite da incisão (do corte) e invadindo os tecidos vizinhos;

f) outras situações podem causar imperfeições nas posições das cicatrizes, e são causadas por fatores que fogem ao controle dos médicos, pois são resultantes de retrações (encurtamentos característicos das cicatrizes internas e externas que são diferentes de pessoa para pessoa). Também, pelo mecanismo anteriormente descrito, poderão ocorrer formações de ondulações na pele em regiões fora das cicatrizes visíveis, pois há cicatrizes também abaixo da pele, principalmente nas cirurgias em que é empregada a técnica de lipoaspiração, e em cirurgias em que há grandes descolamentos da pele, por exemplo, retalhos musculares do abdome e dorso.

9. **Complicações:** Como todo procedimento cirúrgico, este não é isento de riscos e complicações. Todo (a) paciente que será submetido (a) à cirurgia proposta, apresenta um risco real para uma ou mais complicações. Portanto, não há garantia de que uma complicação séria ou de menor gravidade não venha a ocorrer em qualquer caso ou situação. As complicações mais frequentes e sérias que podem ocorrer são:

a)- **Infecção:** Pode ocorrer invasão de microrganismos através dos cortes das cirurgias levando a resultados desfavoráveis para a cicatrização e comprometimento de outros órgãos como, por exemplo, os pulmões (pneumonias) ou sistêmicas (septicemias – infecções generalizadas).

b)- **Contaminações:** Pode ocorrer a colonização de bactérias ou fungos nas incisões (cortes), ou nas superfícies de próteses que podem ocasionar a abertura desses cortes, e/ou perda das próteses, determinando a retirada da mesma. E caso isso aconteça, fui informado (a) que deverei esperar um período mínimo de três meses para que se realize nova tentativa de introdução da prótese. Essa contaminação pode acontecer mesmo com todo cuidado de limpeza e esterilização da equipe médica, pois na pele dos (as) pacientes sempre haverá germes que não são passíveis de eliminação total.

- c)- **Ruptura de próteses (implantes de silicone):** As próteses de silicone, quando presentes, apesar de serem muito resistentes, por aumento na pressão interna em geral causada por grande compressão, poderão sofrer ruptura e nestes casos, se faz necessário a substituição deste(s) implantes.
- d)- **Necrose:** morte celular maciça que provoca perda da pele comprometida com aparecimento de **úlceras** (ferida) na pele que após completa cicatrização deixa grande alteração no relevo e na cor, conseqüentemente, o resultado é muito desagradável. Em reconstruções com retalhos miocutâneos, podem ocorrer perdas totais ou parciais dos tecidos utilizados nas reconstruções (retalhos).
- e)- **Fasceíte necrotizante:** é uma grave infecção da pele (causada por estreptococos) que provoca grande destruição dos tecidos, algumas vezes podendo causar amputações, grandes deformações e até a morte.
- f)- **Abscessos:** são coleções de pus nos locais das cirurgias.
- g)- **Inflamação e infecção dos seguintes órgãos:** estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagite com dor no peito queimação, etc.), fígado (hepatite), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite, infecção urinária), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal), coração (endocardite, febre reumática), pâncreas (pancreatite aguda), pulmão (pneumonia), etc.
- h)- **Dor:** poderá aparecer no local da ferida cirúrgica, onde há passagem de drenos ou sondas, dos tubos venosos, da colocação de eletrodos dos monitores, etc.
- i)- **Insuficiência de alguns órgãos:** poderá haver a perda da função de órgãos por motivos diversos apesar de todos os cuidados, tais como: coração, (incluindo infarto do miocárdio e arritmias que podem levar à parada cardíaca), rins (insuficiência renal), pulmões (embolia pulmonar que pode causar morte), cérebro (acidentes vascular cerebral, que pode causar déficit motor alteração visual ou na fala e morte).
- j)- **Coágulos das veias:** nos membros inferiores, e pelve (região do quadril), ou de qualquer outro lugar do corpo, podem se formar coágulos e ao se deslocarem ganham a circulação sanguínea e podem atingir aos pulmões, causando dificuldade para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos podem causar edemas ou úlceras, temporárias ou permanentes, nas pernas.
- k)- **Embolia pulmonar gordurosa:** nos procedimentos em que há manipulação de tecidos gordurosos como nos procedimentos de Lipoaspiração e retalhos dermolipocutâneos, podem haver deslocamentos de êmbolos (pequenos fragmentos de gordura) que ganham a circulação sanguínea e podem causar dificuldade para respirar e morte.
- l)- **Náuseas e vômitos:** podem ocorrer com relativa frequência após esse tipo de cirurgia.
- m)- **Abaulamentos diversos temporários ou definitivos na região operada provocados por hematomas e seromas:** pode haver formação de bolsas de sangue (hematomas) ou líquidos orgânicos (seromas), que podem ser tratadas com punções ou cirurgias, imediatas ou tardias, ou simplesmente por observação.
- n)- **Deiscências de suturas:** são as aberturas dos cortes suturados (costurados), situações estas que poderão necessitar de reoperação.
- o)- **Reoperação:** PODE ser necessária e nenhum paciente deve se submeter a esta cirurgia se não estiver preparado para aceitar esta possibilidade. Caso se torne real essa necessidade, pois a cirurgia **JAMAIS** poderá ser considerada de resultado certo e definitivo, o paciente deve estar pronto e consciente dessa programação.

Na maioria das vezes a melhora é apenas parcial e dependente do esforço pessoal e coletivo, bem como da colaboração dos(as) pacientes (exercícios físicos e perda de peso).

p)- **Retoque**: toda cirurgia poderá requerer uma nova intervenção cirúrgica para completar o tratamento ou controlar alguma intercorrência que venha a ocorrer.

q)- **Internação na unidade de terapia intensiva**: pode ser necessária no pós-operatório ou para realizar o tratamento de alguma das complicações que venham a ocorrer.

r)- **Morte**: apesar de todos os conhecimentos atuais da medicina para realização de todo e qualquer procedimento cirúrgico existe um risco de morte do(a) paciente.

s)- **Choque anafilático e/ou bronco espasmo severo**: pode haver reação alérgica a gases anestésicos ou quaisquer medicações, que podem levar ao choque e insuficiência respiratória aguda, que mesmo tratados com todo rigor e técnica, podem causar a morte.

t)- **Linfoma Anaplásico de Grandes Células**: tumor raro associado às próteses mamárias é um subtipo de linfoma de células T, que se estima possa surgir um caso em cada 500 mil mulheres com próteses. Apesar da sua raridade, houve um sinal de alerta em alguns países em relação a um possível aumento no número de casos diagnosticados. É preciso ressaltar que as próteses mamárias são, entre todas as próteses implantadas no corpo humano com diferentes finalidades médicas, aquelas que foram mais extensivamente estudadas na literatura científica, com segurança consolidada. Nos poucos casos até hoje relatados na literatura, a maioria das pacientes aparecem com seromas (líquido ao redor da prótese) de surgimento tardio, na forma de aumento de volume local. A grande maioria destas pacientes foram curadas apenas com a remoção da prótese e da cápsula ao seu redor. Apenas em um número pequeno de casos foi necessário realizar o tratamento sistêmico com quimioterapia ou complementação com radioterapia. A chance de cura com os tratamentos neste tipo de linfoma passa de 90%.

u)- **Outras**: como em todo e qualquer ato médico há riscos de complicações que não podem ser antecipadamente previstos e alguns até desconhecidos pela Ciência. Caso ocorram quaisquer dessas situações citadas ou outras aqui não descritas, mas detectadas por qualquer pessoa ou profissional da saúde, ou ainda se o(a) paciente apresentar qualquer dúvida ou problema, o(a) mesmo(a) deverá entrar em contato imediato com o médico ou a equipe que realizou a cirurgia e, caso não os encontre ou esteja fora do alcance destes, que deverá procurar o pronto-socorro.

10. Dando a autorização para a cirurgia, afirmo que me foi esclarecido de que qualquer intervenção no corpo humano acarreta riscos. Desse modo, autorizo, caso seja preciso, que meu médico e sua equipe possam realizar outras intervenções ou procedimentos médicos que se fizerem necessários, diante de situações clínicas indesejadas, previstas ou não pela ciência médica, mesmo que isso cause prejuízo estético.

11. Autorizo desde já que caso seja necessário, durante meu tratamento cirúrgico, que o meu médico ou sua equipe poderá solicitar e realizar transfusão de sangue e/ou seus derivados. Estou ciente que existem certas doenças como AIDS, hepatite, Doença de Chagas, e outras, que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas de rotina.

12. Entendo que para realizar este tratamento terei que me submeter a um procedimento anestésico que também não é isento de riscos a minha saúde, inclusive a minha vida. Declaro que estes riscos me foram

esclarecidos. Portanto, autorizo o meu médico(a) anestesista a executar os procedimentos anestésicos e a utilizar os medicamentos e equipamentos que se fizerem necessários.

13. Embora muitos pacientes se beneficiem com essa cirurgia, **não há como garantir qualquer benefício ou cura para a situação atual**, bem como as suas conseqüências físicas e psíquicas, pois, como em qualquer tratamento médico, a cirurgia poderá não alcançar o êxito planejado ou evoluir de forma desfavorável em decorrência de complicações possíveis e não desejadas.

14. Aceito me submeter ao procedimento cirúrgico proposto, sabendo que terei que seguir corretamente todas as orientações antes e após o procedimento cirúrgico, não só do meu médico, mas de toda a sua equipe.

15. Excepcionalmente a cirurgia poderá ser suspensa, antes ou durante a minha internação, caso alterações clínicas ou situações burocráticas imprevistas assim determinem.

16. **Orientações pós-operatórias:** Devido à possibilidade de intercorrências e complicações após a cirurgia, os(as) pacientes operados(as) precisarão seguir algumas orientações prescritas na receita médica ou nos outros formulários de orientações e cuidados.

17. Diante de todas as informações recebidas, estou ciente do **CARÁTER DE CONTROLE LOCAL PARA A ANORMALIDADE DETECTADA** referente a cirurgia indicada pela equipe do Dr. _____ (CRM _____), para assim melhorar o meu bem estar físico e psíquico.

18. **Aceito** o fato de que os médicos nunca prometeram ou garantiram qualquer espécie de resultado CURATIVO ou ESTÉTICO, muito menos a qualidade, o posicionamento e o tamanho das cicatrizes resultantes do ato operatório. Além do mais, me foi explicado que estes parâmetros não podem ser garantidos ou estipulados no pré-operatório por dependerem de reações do corpo humano e de compensações resultantes da retirada de pele, estando sujeitos a variações individuais.

19. Para completar a minha orientação sobre a **CIRURGIA** que me submeterei, declaro que recebi orientações explicativas sobre a intervenção cirúrgica e a anestesia, com tempo suficiente de ler o seu conteúdo, efetuar as pesquisas que julguei conveniente, além de poder tirar todas as dúvidas antes da cirurgia.

20. Depois de tudo que me foi explicado, **entendo** que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, inclusive estou ciente que se houverem eventuais complicações, poderei ter uma piora (agravamento) do defeito já existente no meu corpo, e entendo que a cirurgia é uma tentativa para solução do meu problema (um meio) e não há obrigação de resultado (fim).

21. **Declaro** que efetuei a completa leitura de todo o conteúdo desse consentimento esclarecido no consultório do meu médico e/ou posteriormente, perguntando e sendo esclarecida(o) em todas as dúvidas ou termos médicos presentes no mesmo, bem como aquelas dúvidas relacionadas com a cirurgia proposta para tratamento ou correção da minha **ANOMALIA DE DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO OU DA INSATISFAÇÃO ESTRUTURAL COM AS MINHAS MAMAS**.

22. **Declaro** também que esta cirurgia foi devidamente explicada e esclarecida, assim como os seus possíveis riscos e complicações, bem como as limitações da técnica e conseqüentemente dos seus resultados.

23. **Declaro** que compreendi todas as circunstâncias que envolvem o procedimento cirúrgico planejado, sendo que a aceitação para a realização do mesmo é de minha livre e espontânea vontade.

24. **Declaro** que em virtude de todos os esclarecimentos que me foram prestados e por não restar nenhuma pergunta a ser feita e nenhuma dúvida a ser esclarecida, dou a minha autorização e o meu **CONSENTIMENTO CONSCIENTE** para que possa ser em mim realizada a cirurgia proposta.

25. **Declaro** ter recebido uma cópia deste termo sobre a cirurgia indicada, e que serei submetido(a).

26. **Declaro** que me foi dado(a) a oportunidade de revogar (anular) esse consentimento, com as suas devidas explicações, e do que representaria esta minha decisão, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

27. Declaro ainda que **estou de acordo e AUTORIZO a obtenção de fotografias** corporais e das mamas, antes do procedimento proposto, bem como posteriormente para fins de comparação quando necessários. Estou consciente de que eventualmente poderão ser obtidas imagens do procedimento cirúrgico para finalidades de pesquisa e/ou didáticas.

28. **Estou consciente** de que durante todo o procedimento cirúrgico podem ocorrer situações inesperadas que não tenham sido previamente detectados, e como consequência, intervenções adicionais ou procedimentos diferentes dos que foram originalmente programados poderão ser necessários. Desta forma, estou de acordo e permito que tais novas intervenções possam ser executadas.

29. Tenho consciência de que o consumo de cigarro, uso de drogas e álcool, são fatores de risco e aumentam a chance para o desenvolvimento de complicações clínicas e cirúrgicas.

30. **Estou consciente** de que posso experimentar limitações na realização das minhas atividades corriqueiras por um período de tempo indefinido, podendo inclusive ser necessário o auxílio de atividades de reabilitação funcional - FISIOTERAPIA.

ESTOU PLENAMENTE CONSCIENTE EM NÃO ASSINAR ESSE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESCOLHA ESCLARECIDA, QUE POSSUI 8 (OITO) PÁGINAS TODAS NUMERADAS, E 30 (TRINTA) ITENS, ANTES DE HAVER LIDO ATENTAMENTE, ESCLARECIDO AS DÚVIDAS, COMPREENDIDO E ACEITO.

DECLARO AINDA TER COMPREENDIDO QUE ESTE DOCUMENTO TEM CARÁTER SOBRETUDO INFORMATIVO SOBRE SITUAÇÕES QUE PODEM TRANSCORRER DURANTE E APÓS OS PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES NECESSÁRIOS SOBRE O MEU CORPO.

Eu, _____, reitiro a adequada informação necessários a minha Escolha Esclarecida autorizando a execução dos procedimentos necessários.

DE PLENO ACORDO.

Data: ____/____/____ hora: ____:____.

R.G.: _____
Paciente

R.G. _____
testemunha

R.G. _____
testemunha

Dr. _____ declara que realizou todo o processo de consentimento livre e esclarecido contido neste termo, e por ter esclarecido todas as dúvidas do(a) Sr.(a) _____, além de ter apresentado e respondido aos outros questionamentos freqüentes que são formulados. Entendo e estou seguro que o(a) paciente está bem informado(a) e esclarecido(a) para se submeter ao **TRATAMENTO CIRÚRGICO** de ANOMALIA DE DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO.

Médico Cirurgião.

_____, ____ de _____ de 20 ____ Hora ____:____

1.ª via (prontuário médico) - 2.ª via (paciente ou responsável legal)

DEVER DE INFORMAR

FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

I- Constituição Federal:

Art. 5º – XIV = é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

II- Código Civil:

Art. 15 = ninguém pode ser constrangido a submeter-se , com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

III- Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6º = São direitos básicos do consumidor:

III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV- Código de Ética Médica:

Capítulo IV.

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. 24 = É VEDADO AO MÉDICO: deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

V- Conselho Federal de Medicina:

Parecer-Consulta nº 10/96 = o médico deve esclarecer o paciente sobre práticas diagnósticas e terapêuticas, conforme preceitua o Código de Ética Médica, não sendo considerada obrigatória a fixação de termo por escrito.

Parecer-Consulta nº 24/97 = é lícito ao médico ou instituição médico-hospitalar oferecer ao paciente no ato da internação um Termo de Responsabilidade ou Consentimento Livre e Esclarecido.

Médico Cirurgião.

_____, _____ de _____ de 20 _____. Hora ____:_____