

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA/TRATAMENTO

PACIENTE - Nome: _____

Idade: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Responsável (se menor): _____

CPF: _____

Grau de parentesco ou relação: _____

Qualificação (profissão) _____

Endereço _____; cidade: _____;

UF _____

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____

CRM-GO: _____

Membro especialista como titular pela Sociedade Brasileira De Dermatologia Profissional
credenciado sob o RQE nº _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO/TRATAMENTO:

Material reabsorvível	Raramente reabsorvível	Tecidos próprios (Enxerto)
-----------------------	------------------------	----------------------------

Colágeno

Metacrilato

Gordura /
Dermogorduroso

Ácido hialurónico

Gore-Tex

Aponeurose

Outros

Outros

Outros

Será colocado mediante:

Injeção

Incisão/ Descolamento

Para dar volume ou corrigir: _____

_____ []Prejudicado

Infiltração de Corticóides/ corticosteróides para: _____

_____ []Prejudicado

Por determinação explícita de minha vontade ou de meu representante legal, por este termo, **autorizo** o(a) médico(a) acima indicado e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados neste ato, a realizar o procedimento acima indicado em minha pessoa, bem como outros cuidados e tratamentos terapêuticos necessários ao melhor resultado do procedimento indicado.

Declaro, ainda, estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico/tratamento médico, tendo recebido de meu/minha médico(a) todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que me foram detalhadamente explicadas, por meu médico a natureza e características

do tratamento proposto, a finalidade, as peculiaridades, bem como dos **resultados esperados** e de **outras possíveis alternativas de tratamento para esta doença/patologia/problema**, como, também, os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas de tratamento, **incluindo o não-tratamento** e que estou convicto(a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos;

2) Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, **pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova aplicação ou procedimento;**

3) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

4) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à presente cirurgia, está, também, sujeita a sofrer complicações e reações intra-operatórias e pós-operatórias, peculiares a cada pessoa, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções, seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, parada cardio-respiratória, dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável, de acordo com as características específicas de cada paciente, não podendo ser previsto ou evitado com antecedência, dentre outras;

5) Que foi também esclarecido(a) acerca de outras intercorrências e sequelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como, acúmulo de líquidos, sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; aparecimento de manchas hipo ou hiperocrômicas e inchaço na região operada; cicatrizes hipertróficas ou queléoidianas, necrose da pele por redução da irrigação sangüínea; alterações da sensibilidade na região operada; paralisias em diversos graus, provocada por lesões de ramos nervosos;

6) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico me foi detalhadamente explicada por meu médico;

7) **Que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;**

8) Que em virtude do acima exposto poderá ser imperativa a utilização de monitorização invasiva, sobre a qual já foi o paciente suficientemente esclarecido(a);

9) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais. Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis e possuem o risco de veicular doenças;

10) Que, em caso de ocorrerem intercorrências ou imprevistos, a equipe médica poderá **adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;**

11) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

12) Que, nos casos acima referidos, eventualmente, poderá ser necessária uma nova intervenção cirúrgica;

13) Que, no caso de cirurgias reparadoras, poderão ser necessários vários tempos cirúrgicos (uma ou mais cirurgias reparadoras) para a obtenção do êxito terapêutico esperado.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe obrigam-se unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, tanto quanto ao percentual de melhora dos resultados atingidos.

Comprometo-me em cooperar **plenamente** com meu/minha médica, responsável por meu tratamento, **desde a consulta inicial até meu restabelecimento completo**, cumprindo todos meus deveres como paciente no contrato firmado.

Eu sei que devo aceitar e seguir todas as determinações e orientações que me forem indicadas (oralmente e/ou por escrito) por meu/minha médico(a), pois, em não havendo colaboração de minha parte, **poderei comprometer o tratamento executado e o resultado final**

do procedimento, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar.

Eu compreendo e aceito o fato de que o **tabagismo e doenças crônicas, o uso de **medicamentos para emagrecer, antibióticos, álcool, drogas lícitas e ilícitas**, ainda que não impeçam a realização deste procedimento, **são fatores que podem desencadear complicações ou comprometer o resultado desejado.****

Declaro que não estou grávida, acaso seja paciente do sexo feminino.

Eu asseguro ter feito um **relato cuidadoso e fiel da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental, além de informar se possuo alguma **reação alérgica ou incomum a medicamentos** anteriormente utilizados, dentre outros componentes alergênicos.**

Declaro que fui verdadeiro(a) quanto a possuir ou não alguma **doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele, sangramento anormal, dificuldade de cicatrização, doenças imunológicas, doenças neurológicas ou quaisquer outras condições relacionadas à minha saúde que possam comprometer o resultado do tratamento ou meu estado de saúde.**

Compreendo, ainda, que deverei informar ao meu/minha médico(a) todo e qualquer medicamento/droga que esteja utilizando, **seja ele legal ou ilegal, alopático, homeopático ou fitoterápico.**

Portanto, **entendo** que eventuais **omissões ou falhas nas informações a mim solicitadas pelo(a) médico(a) podem resultar em significantes complicações de meu tratamento ou meu estado de saúde, dos quais serei responsável em decorrência da minha omissão.**

Entendo que melhores resultados de rejuvenescimento são obtidos por meio da associação de diversos tratamentos, entre eles toxina botulínica, laser fracionado de CO2, tratamento de pele e reposição de volume facial.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração **passa a fazer parte da minha ficha clínica.**

CONCORDO E COMPROMETO-ME, também, em retornar ao consultório médico, no período indicado pelo(a) meu/minha médico(a), para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar, **de imediato, qualquer**

circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico a que fui submetido.

Autorizo o registro por meio de fotos, sons, imagens, dentre outras formas, do(s) procedimento(s) necessários e seu(s) resultado(s), por compreender que tais registros, são exigência médico-legal, e ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento do meu estado de saúde.**

EU AUTORIZO() OU NÃO AUTORIZO() a disponibilidade dos registros de meu tratamento para estudos com fins científicos, estando sempre preservada minha identidade.

Declaro, por último, que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao procedimento ao qual, voluntariamente, submetter-me-ei, que me foram informadas a **natureza e características do procedimento proposto, a finalidade**, bem como dos **resultados esperados.**

Também me foram informados **os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados** relativos ao tratamento proposto e **as formas alternativas de tratamento, incluindo o não-tratamento**, razão pela qual **atesto que com tais explicações e esclarecimentos estou plenamente satisfeito(a) e que compreendi e aceito me submeter ao(s) tratamento(s) proposto(s) e autorizo o(a) profissional abaixo designado(a) a realiza-lo(s) e, desta forma, eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao mesmo.**

Estou ciente de que **poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento**, bastando para tanto que comunique minha decisão ao(a) meu/minha médico(a) e assine, conjuntamente com ele(a), o **Termo de Revogação** ou **Termo de Abandono de Tratamento**, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em submeter-se ao procedimento

acima descrito, firma o presente documento em 02 (duas) vias, as quais vão também assinadas por 02 (duas) testemunhas. Uma das vias será destinada ao(a) Médico(a) e a outra será entregue ao(a) paciente.

Goiânia/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal

_____ **CRM:** _____
Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ **RG:** _____
2. _____ **RG:** _____