

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**  
**PARA CIRURGIA DERMATOLÓGICA**

**PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_; Idade: \_\_\_\_\_

Responsável (se menor ou incapaz): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_ **DO(A)** \_\_\_\_\_ **MÉDICO(A):**

CRM/GO: \_\_\_\_\_

**Membro especialista como titular pela Sociedade Brasileira De Dermatologia Profissional credenciado sob o RQE nº \_\_\_\_\_**

Por este instrumento particular, o(a) paciente ou seu responsável legal, declara, para todos os fins legais, que dá plena autorização ao(à) médico(a), acima qualificado, e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados, para executar o procedimento cirúrgico denominado \_\_\_\_\_, além de todos os procedimentos nele contidos, inclusive, anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde para a execução do procedimento.

**DECLARO** estar **perfeitamente ciente** de todos os aspectos que envolvem o procedimento cirúrgico citado, e que recebi do(a) meu/minha médico(a), infraassinado(a), **todas as informações necessárias e solicitadas ao atendimento da informação plena**, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicitado, e, por isso, entendo que:

a) Como resultado da cirurgia, existirá uma **CICATRIZ**, que será permanente e com intensidade variável, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente, e proporcional ao porte da cirurgia e ao local a ser cirurgiado. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir/suavizar a(s) cicatriz(es) decorrente(s) do procedimento, de forma a torná-la mais estética possível;

- b) Poderá haver **EDEMA** (inchaço) na área operada, que aparece logo após a cirurgia ou nas primeiras 24 horas e que poderá permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;
- c) Poderão ocorrer **MANCHAS** - **pigmentação avermelhada, esbranquiçada ou acastanhada** na pele submetida ao procedimento cirúrgico, principalmente, em caso de eletrocoagulação, que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes;
- e) Nas cirurgias em locais de maior movimentação (como braços, face e pernas) ou em locais muito vascularizados (como couro cabeludo e face), em pacientes usuários de AAS/anticoagulantes e/ou com doenças que afetem a coagulação do sangue, poder-se-á desenvolver coleções de sangue (**hematoma ou equimose**) na área cirurgiada, ficando com aspecto arroxeadado. Nesses casos, sob orientação médica, dever-se-á realizar compressas frias, para diminuir o risco do aumento do hematoma. Em caso de aumento, comunicar ao médico;
- f) Eventualmente, **LÍQUIDOS**, tais como sangue e/ou **secreções**, podem acumular-se na região operada, necessitando de **drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico**;
- g) Poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade**, nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, variável de acordo com as características peculiares de cada paciente, que poderá até mesmo ser permanente;
- i) Existe a possibilidade de ocorrer **deiscência** (**abertura dos pontos**) e, raramente, **necrose**, principalmente, **em pacientes fumantes**, usuários de drogas, **diabéticos, desnutridos** e com **problemas vasculares**. Em decorrência disso, poderá haver necessidade de nova(s) cirurgia(s) e/ou tratamento clínico com curativos para sua reparação, com resultados apenas paliativos em casos extremos;
- j) Poderá ocorrer **processo infeccioso** (secreção com pus, inchaço, vermelhidão, dor, febre e desorientação), na área operada ou em áreas circunvizinhas da cirurgia, **decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes no próprio corpo do paciente**, e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar. **A ocorrência de processo infeccioso pode levar ao comprometimento da cicatrização e aspecto estético de cicatriz cirúrgica, podendo ser necessária nova intervenção, a fim de corrigir imediatamente o problema.** Portanto, a qualquer sinal de infecção, o(a) médico(a) deverá ser informada(o);

k) Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável, de acordo com os níveis de tolerância e as características específicas de cada paciente;

l) Cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico foi-me detalhadamente explicado por meu/minha médico(a);

m) **Essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas intrínsecas e peculiares a cada paciente;**

### **OUTRAS COMPLICAÇÕES MENOS COMUNS**

1. **Reação alérgica** ao anestésico, às soluções tópicas usadas durante o procedimento cirúrgico, ao micropore ou ao esparadrapo comum (**o médico deve ser avisado antes do procedimento cirúrgico caso o paciente possua algum tipo de alergia**).

2. **Recidiva da lesão retirada ou recorrência do problema tratado**, em alguns casos e, menos frequentemente, poderá ocorrer de reintervenção, de acordo com indicação médica. **Em caso de recidiva, avisar ao médico.**

3. Após tratamento cirúrgico dermatológico, **sangramentos** podem acontecer até cerca de 24 horas, devendo-se fazer compressão local (por pelo menos 05 minutos) e, em caso de persistência, informar o(a) médico(a) responsável.

4. Outras observações:

---

---

---

---

---

O resultado e o sucesso do tratamento cirúrgico dependem também dos cuidados que o paciente tenha e da obediência em seguir as orientações médicas providas, a fim de evitar algumas das complicações já citadas acima, sejam elas:

1. **Limpeza** do local cirurgiado;
2. Uso de antibióticos;
3. Uso de analgésicos e/ou anti-inflamatórios;
4. Retorno para retirada de pontos;
5. Repouso absoluto ou relativo, se necessário e conforme indicado pelo(a) médico(a).

## **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:** \_\_\_\_\_