

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DERMOLIPECTOMIA

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____

Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____

Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado *dermolipectomia* é uma cirurgia que se destina a retirar determinada quantidade de pele e (de) gordura do abdome. Favorece a perda de peso, todavia não é a quantidade em gramas retiradas que definirá o resultado estético final, mas, sim, a manutenção da proporcionalidade e da harmonia do corpo como um todo. Portanto, esta cirurgia não se constitui em um método de emagrecimento, bem como não substitui a necessidade de cuidar de seu peso corporal e de praticar exercícios físicos para ajudar a manter a sua saúde e o formato do seu novo abdome. Não será possível retirar toda a gordura do mesmo, apesar da possibilidade de um eventual uso de lipoaspiração conjunta em pequenas áreas, todavia sempre existirão alguns locais, principalmente abaixo do umbigo e na região do “estômago”, onde permanecerão um pouco de gordura, e isto se deve ao fato de que a pele do abdome necessita desta gordura como proteção ao seu suprimento sanguíneo. Haverá sempre uma cicatriz visível, e que será tanto maior quanto maior for o excesso de pele a ser retirado. Sempre que possível esta cicatriz será colocada em local que coincida com a marca das roupas de banho da paciente. O aspecto desta cicatriz é individual, pois dependerá do tipo de pele e de sua reação à cirurgia. O umbigo geralmente fica com formato natural podendo variar em alguns casos, ou poderá ser mantida sua forma, mas ele será rebaixado alguns centímetros do local original. Em outros casos, pode resultar em uma pequena cicatriz vertical, correspondente ao antigo local do umbigo. Em algumas situações é preferível eliminar o umbigo existente e reconstruir um novo umbigo.

Gestações devem ser programadas para antes da sua *Abdominoplastia*, pois caso ocorram após esta cirurgia, poderão favorecer o aparecimento de mais estrias, bem como o alargamento das cicatrizes, além de comprometer, severamente, o resultado já obtido.

Textura da pele: igualmente não pode ser esquecido que a “firmeza” da pele se altera com a idade, e nenhuma cirurgia tem o poder de restaurar a elasticidade da juventude, perdida pelo efeito deletério do passar do tempo. Isto tem expressão fundamental em se tratando de pacientes pós-obesos.

Características desse tipo de intervenção, a saber:

Cicatrização: até o 30º dia o corte apresenta bom aspecto, podendo ocorrer discreta reação aos pontos ou ao

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------



curativo. Do **30º dia ao 12º mês** haverá um espessamento natural da cicatriz e mudança nas tonalidades de sua cor, podendo passar de vermelho ao marrom, **para, em seguida, começar a clarear**. Por ser o período menos favorável da evolução cicatricial, é o que mais preocupa os (as) pacientes. Todavia, ele *é temporário e varia de paciente a paciente*. Do **12º ao 18º mês** a cicatriz tende a tornar-se cada vez mais clara e menos espessa, atingindo assim o seu aspecto definitivo, **PORTANTO, QUALQUER AVALIAÇÃO DEFINITIVA DE UMA CIRURGIA DESTE TIPO DEVERÁ SER FEITA APÓS UM PERÍODO DE 18 MESES**. Poderá haver formação de **cicatriz patológica** (queloide, cicatriz hipertrófica ou alargada) dependendo das características do próprio organismo e/ou da susceptibilidade individual.

Sensibilidade: nos primeiros meses é normal que o abdome apresente uma falta de sensibilidade relativa, além de estar sujeito a períodos de edema (inchaço), o que regredirá espontaneamente. Esta falta de sensibilidade, em especial na região abaixo do umbigo, pode permanecer por tempo variável, e, até mesmo ser permanente.

Forma: o abdome pode apresentar, nessa fase, um aspecto *esticado ou plano*. Com o decorrer do tempo, e o auxílio dos exercícios para modelagem, o resultado definitivo será gradativamente atingido. Quanto ao umbigo, pode ser aproveitado o do(a) próprio(a) paciente, o qual é transplantado e, se necessário, remodelado. Portanto, ao redor dele haverá também uma cicatriz que sofrerá a mesma evolução descrita no item. Havendo necessidade, faz-se pequeno (refinamento) na mesma, sob anestesia local, após alguns meses, pois cada paciente tem sua evolução cicatricial característica e personalíssima. Nos casos em que o umbigo é eliminado e um novo umbigo é reconstruído, não haverá cicatriz ao redor do novo umbigo.

Manchas: poderão haver **manchas** (equimoses, hipocromias ou hiperpigmentações) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente, por meses, e, raramente, serão permanentes.

Pode ocorrer **infecção**, localizada ou não, podendo ser acompanhada de **deiscência de pontos** (abertura da ferida cirúrgica). Normalmente, é controlada com uso de antibióticos e/ou drenagem de coleções e cuidados locais. Raramente tem curso de maior gravidade.

Gordura na região do estômago: a *dermolipectomia* nem sempre corrige aquele excesso de gordura que algumas pessoas têm sobre a região mencionada. Isto não depende do cirurgião, mas sim do tipo físico do(a) paciente, pois se o tronco (conjunto de tórax e abdome) for do tipo curto, dificilmente poderá ser corrigido, enquanto que o tipo longo já se mostra mais favorável. Há que levar em conta, ainda, a espessura do panículo adiposo (camada de gordura) que reveste o corpo do(a) paciente.

Localização da cicatriz da cirurgia: a cicatriz resultante de uma *dermolipectomia* localiza-se horizontalmente, logo acima da implantação dos pelos pubianos, prolongando-se lateralmente em maior ou menor extensão, na dependência do volume do abdome a ser corrigido. A cicatriz é planejada para ficar oculta sob os trajes de banho, havendo casos em que até uma tanga poderá ser usada, portanto, o tipo de *maiô* ou *biquíni* a ser usado estará na dependência do seu próprio manequim, já que o cirurgião apenas aprimora a sua forma pessoal preexistente, porém nem sempre é possível ocultar a cicatriz. No caso de abdominoplastia em âncora, muito usada em pacientes pós obesos, haverá também uma grande cicatriz vertical no meio do abdome.

Dor no pós-operatório: É muito variável, podendo até mesmo não haver dor.

Curativos: Haverá curativo sobre as incisões (corte) do abdome. Estes curativos devem receber cuidados especiais que o seu médico irá orientá-lo no momento da alta hospitalar.

Drenos: Nem sempre são usados drenos, e quando utilizados não há um momento definido para retirada dos mesmos. Usualmente, são retirados após a drenagem ser inferior a 50 ml por dia.

Sonda vesical: Se utilizada, para facilitar o controle de urina, poderá ser retirada no dia seguinte a cirurgia.

Náusea: Pode ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Equimoses (manchas roxas): É normal o seu aparecimento nas áreas operadas e, especialmente, em locais onde

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DERMOLIPECTOMIA

houve lipoaspiração.

Edema (inchaço): Seu abdome permanecerá inchado por tempo variado, em geral de 1 a 3 meses, impedindo que você observe o verdadeiro resultado obtido, o qual ficará mais evidente no espaço de 06 meses a 01 ano, desde que você mantenha o seu peso sob controle.

Seroma: Líquido que se acumula sob a pele, em especial abaixo do umbigo. Nesta eventualidade, seu médico fará uma aspiração deste líquido com uma seringa. Sua retirada é praticamente indolor pelo fato de a pele estar ainda com a sensibilidade diminuída. Quando ocorrer *seroma* seu repouso deve ser mais prolongado. Raramente será necessária uma nova intervenção cirúrgica para controle do seroma.

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DERMOLIPECTOMIA

Assinatura: _____

1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. 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.

É vedado ao médico: Art. 34. Deixar de informar ao 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 a seu representante legal.

2º Da Lei 8.078/1990 (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, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

3º Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

