

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

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 Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA**” é o nome dado a uma técnica cujo objetivo é a retirada parcial das gorduras localizadas, as quais modificam o contorno corporal. Por sua vez, a **Lipoenxertia** consiste em injetar a própria gordura retirada, com a finalidade de modelar partes do corpo ou preencher depressões. Tanto a **lipoaspiração** quanto a **Lipoenxertia** não são tratamentos para a obesidade, bem como não substituem a necessidade de emagrecimento ou de praticar exercícios físicos.

**Após a retirada parcial de gordura**, a pele se acomodará, em graus variáveis, sobre a musculatura e sobre a gordura remanescente, melhorando o contorno corporal. No entanto, não é possível prever o formato final a ser atingido por qualquer um destes procedimentos, pois a pele se retrairá, em diferentes intensidades, sobre a área tratada, e a maneira como isto se fará dependerá de vários fatores, tais como: aporte genético, idade, presença de estrias e número de gestações.

**A quantidade de gordura** que pode ser retirada, com segurança, varia de paciente a paciente, dependendo das condições locais da pele, do estado geral do(a) paciente e da perda sanguínea, ocorrida durante a execução do procedimento. Há, também, uma Resolução do Conselho Federal de Medicina que prevê o máximo de gordura a ser retirada por quilo de peso corporal do(a) paciente, e o médico, por uma obrigação ética, vai observar tal conduta.

Quanto à **Lipoenxertia**, esta se destinará a preencher depressões existentes no contorno corporal, como, por exemplo, na região glútea ou, ainda, em depressão decorrente de lipoaspiração, de infecção ou de traumatismo. Importante lembrar que este tipo de preenchimento, embora seja gratificante, todavia, poderá ter uma duração temporária e transitória, isto porque o aumento ou a correção local, obtidos com a injeção de gordura, poderão ser parcial ou totalmente absorvidos, em tempo que varia de paciente a paciente.

**Refinamentos** são prováveis e esperados nesse tipo de procedimento, seja para corrigir pequenos excessos remanescentes de gordura, seja para restaurar alguma depressão localizada. Portanto, a necessidade deste tipo

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



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

de procedimento não é consequência de um “erro do cirurgião”, mas, sim, da busca de um *refinamento* do resultado final, previsto e usado na área da cirurgia plástica do mundo todo.

**Evite aumentar de peso.** pois, caso isto ocorra, o resultado obtido pela *lipoaspiração* poderá ser prejudicado.

**Transfusão sanguínea:** Em casos raros pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Em isso ocorrendo, o(a) paciente receberá os esclarecimentos necessários e dará sua autorização para esta eventual reposição.

**Edemas e equimoses:** até o 20º dia de pós-operatório, o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) estarão presentes e farão parte do quadro normal de uma lipo. Este prazo, porém, pode ser maior ou até menor, variando de pessoa para pessoa. O edema estará mais acentuado pela manhã, e será ele que impedirá que você veja o resultado final dentro de um espaço de tempo, variável de **1 a 3 meses**.

**Dor:** moderada a mais acentuada, em especial na região mais baixa das costas (lombar). Todavia, a sensação dolorosa que existe quando o(a) paciente se movimenta, costuma não ocorrer quando está em repouso. Seu controle se faz, também, por meio do uso de analgésicos.

**Náuseas:** poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

**Sangramento nas cicatrizes:** é normal que ocorra, principalmente no primeiro dia.

**Nódulos:** poderão ser sentidos à palpação, todavia desaparecem no decorrer do pós-operatório. Estes nódulos podem conter coágulos ou gordura residual. Quando persistem após 6 meses de pós-operatório, e se ainda forem visíveis, poderão requerer pequenos retoques.

**Equimoses:** (manchas roxas). Estas serão bastante frequentes em um procedimento de lipoaspiração, podendo ser encontradas nas áreas lipoaspiradas ou muito abaixo delas, como, por exemplo: na vulva, no pênis, nas pernas e nos pés. Desaparecerão, progressivamente, em média, ao longo de até **1 mês e meio**.

**Amortecimento:** poderá estar presente em algumas regiões, mas é transitório.

Além dos riscos gerais, comuns a todo e qualquer procedimento cirúrgico, a *Lipoaspiração* e a *Lipoenxertia* apresentam, ainda, os seguintes riscos: manchas avermelhadas e arroxeadas (equimoses), contorno insatisfatório, ou seja, diferente do idealizado pelo(a) paciente, áreas residuais de gordura, áreas de depressão, marcas na pele, flacidez local pela não acomodação ideal da pele e, por fim, tromboembolias.

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.

Declara, 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, declara 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

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



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA LIPOASPIRAÇÃO E LIPOENXERTIA

_____ 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: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**<sup>1</sup>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.

**<sup>2</sup>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.

**<sup>3</sup>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:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

