

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

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 "MAMOPLASTIA DE AUMENTO" Esta é uma das cirurgias plásticas bastante procuradas pelas pacientes que estão descontentes com o volume de suas mamas, sendo também indicada para melhorar o aspecto estético das mesmas. A cirurgia de aumento mamário não só proporcionará mamas maiores, mas também vai elevar a altura das aréolas e dos mamilos, quando estes estiverem caídos. Mamas com quedas moderadas e grandes não serão elevadas com o uso de implantes. Será necessário a retirada de pele concomitante. Observar que os mamilos são normalmente divergentes, ou seja, levemente voltados para fora em quase todas as mamas. Esta posição não será alterada com a cirurgia.

Os implantes de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidos por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo. Em algumas das pacientes esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer a mama e até modificar o formato do cone mamário, conferindo-lhe um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Quando ocorrer a contratatura, será necessária uma nova cirurgia para troca de prótese e, em alguns casos, será preciso retirar os implantes, o que deixaria as mamas flácidas, requerendo uma nova modelagem, sem a possibilidade do aumento mamário. Este risco deve ser perfeitamente entendido e aceito antes da cirurgia.

O novo formato das mamas não será eterno, ou seja, estará sujeito às mudanças do tempo e, principalmente, às modificações de volume que a glândula mamária sofrerá pelas mudanças hormonais e, particularmente, pelas gestações.

Ao longo dos anos poderão ser indicadas novas cirurgias com troca dos implantes para restaurar o formato obtido anteriormente.

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente:

Cicatrizes antiestéticas: certas pacientes, em decorrência do seu tipo de pele, podem apresentar uma tendência a formar cicatrizes hipertróficas ou à formação de queiloide. Dentro do possível, essa tendência pode ser prevista durante a consulta inicial, pelo levantamento da vida clínica pregressa da paciente e de suas características

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

familiares. Nem sempre isto será possível. Pessoas de pele clara têm menor probabilidade dessa ocorrência, sendo maior nas de pele morena ou de descendência oriental. Contudo, há vários recursos clínicos e cirúrgicos que auxiliam a contornar ou diminuir o problema das cicatrizes inestéticas, quando estas ocorrerem. O importante é **não confundir** o período de cicatrização (em especial o que vai do 30º dia ao 12º mês) com complicação cicatricial, lembrando que mesmo que o resultado inicial seja muito bom, será somente após o **12º mês** que as mamas atingirão sua forma definitiva.

Dor no pós-operatório: uma evolução normal não deve apresentar dor e para isso é importante que a paciente obedeça às instruções médicas, em especial no que diz respeito à **movimentação dos braços** e ao **esforço físico nos primeiros dias**. Eventualmente, ocorrendo uma manifestação dolorosa, esta facilmente deverá ceder com os analgésicos prescritos. Caso isso não ocorra, contatar com seu(sua)médico(a).

Fitas de Micropore: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento ou a presença de coágulos sob elas. E, também, você estará usando um *soutien* modelador.

Amortecimento: é normal que ocorra, principalmente na aréola, quando as próteses forem colocadas por esta via.

Náuseas: poderão ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Edema (inchaço): presente no início, mas não impedindo as atividades básicas. Um edema mínimo pode persistir por uma semana ou mais.

Retração da cápsula: em torno dos implantes colocados, o organismo forma naturalmente uma cápsula. Todavia, há casos em que essa cápsula pode sofrer uma retração exagerada, favorecendo um certo grau de endurecimento. Nos casos de retração exagerada, as próteses poderão ser retiradas pela mesma cicatriz por onde foram introduzidas. Sendo esta retração uma peculiaridade de cada organismo, não há como o cirurgião prevê-la, bem como, em tal ocorrência, nenhuma responsabilidade lhe cabe, já que o fato deriva de uma resposta individual do organismo da paciente, e não de erro de técnica cirúrgica.

Endurecimento e/ou deformação e/ou dor por contratura capsular em uma ou em ambas as mamas, podendo esta complicação ocorrer em época recente, após a cirurgia, ou mais tardiamente; infecção e exposição para fora da pele (extrusão da prótese); movimentação das próteses, favorecendo uma forma insatisfatória das mamas; ruptura da prótese durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição; assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma mama e outra), seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente; assimetria na forma e/ou posição e/ou tamanho dos mamilos e aréolas (diferença entre o de um lado e do outro); perda da sensibilidade do mamilo, da aréola e/ou de outros locais da mama de maneira transitória ou definitiva; formato e/ou tamanho insatisfatório das mamas em relação à expectativa da paciente; acúmulo de sangue ou líquido (hematoma, seroma) no local da prótese, requerendo drenagens locais ou, até mesmo, troca da prótese; prejuízo ao exame profilático da mama, seja clínico, ou de Raio X (mamografia) ou por Ultrassom (ecografia); manchas na pele local ou à distância (*rush* cutâneo) e, por fim, estrias permanentes na mama.

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

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

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: _____

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:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

