

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RINOPLASTIA

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 "**RINOPLASTIA**" é uma das mais antigas e tradicionais cirurgias no âmbito da cirurgia plástica, pois os cirurgiões indianos já a praticavam há dois mil anos. É um tipo de cirurgia muito notada por seus resultados, devido ao fato de modificar sensivelmente a face do(a) paciente.

Não é possível prever, com absoluta exatidão, e nos mínimos detalhes, o formato final de um nariz após uma *Rinoplastia*. Mesmo tendo-se objetivos a atingir, não é possível prever o quanto destes objetivos serão alcançados. E isto se deve ao fato de que cada paciente tem características que lhe são próprias, tais como a espessura da pele e das cartilagens do nariz, elementos que podem interferir no resultado final. Também, há que se levar em conta que a **reação local**, após a retirada e o manuseio das estruturas do nariz, será igualmente variável de pessoa a pessoa.

Exemplificando: um (a) paciente com pele espessa na ponta nasal, após a retirada e modelagem da cartilagem local, terá uma ponta mais fina, mas não tão fina quanto a de um paciente com pele menos espessa. Do que é possível concluir que a natureza de cada caso impõe limitações que lhe são próprias e imprevisíveis. Por tal razão, a tentativa de prever uma imagem do(a) paciente em computador, será apenas uma idealização e, portanto, pode ficar bem longe da realidade.

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

Dor: geralmente este tipo de cirurgia não apresenta dor no pós-operatório. O que incomoda é o desconforto causado, principalmente, pelo tampão nasal, quando este é empregado.

Náusea: poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

Tamponamento nasal: não é usado de rotina, só é empregado quando é realizada a septoplastia (correção de septo). Neste caso, é retirado o tampão, geralmente, após 24 horas.

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RINOPLASTIA

Edema (inchaço): é comum ao redor dos olhos, sendo mais intenso pela manhã, podendo até dificultar a abertura completa dos olhos por 1 ou 2 dias.

Equimoses (manchas roxas): ocorrem em alguns casos, especialmente ao redor dos olhos. Podem levar de 15 a 30 dias para desaparecer.

Sangramento: pequeno sangramento no curativo, próximo ao canto dos olhos, é considerado normal. Se ficar mais intenso ou não cessar com o repouso, avisar imediatamente seu médico.

Cicatrizes ou marcas de pontos: praticamente não existe cicatriz aparente, pois elas se encontram dentro do nariz. Em alguns casos poderá haver um único ponto em cada lado do nariz ou, então, uma cicatriz de aproximadamente 5 milímetros na columela (parte inferior do nariz) ou, ainda na base das asas nasais, dependendo da técnica empregada. O aspecto final destas cicatrizes ficará na dependência do tipo de pele do(a) paciente e de suas características de cicatrização naquela região.

A respiração após a cirurgia: pode se apresentar melhor em uma das narinas, e no período inicial pode estar dificultada pelo inchaço (edema) interno e a lenta recuperação dos tecidos operados.

Rinite alérgica: quando preexistente à cirurgia, poderá reaparecer após a *rinoplastia*, demandando continuidade no seu tratamento clínico da rinite.

Desvio de septo: quando houver desvio de septo, a sua correção poderá ser feita concomitantemente à *Rinoplastia*, por cirurgião especialista da área, ou feita anteriormente à *Rinoplastia*.

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RINOPLASTIA

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

