

Termo de consentimento de Lipospiração de Papada Cirúrgica

Considerando o código de Ética Odontológica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde e sobre a realização do procedimento proposto.

Eu, _____, portador(a) do RG _____ e CPF _____ em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO realizar o procedimento cirúrgico de LIPOASPIRAÇÃO CIRÚRGICA DE PAPADA, com fins estéticos-funcionais, visando melhora da harmonia da face e autorizo o profissional a realizar o procedimento e tudo o que incluem, inclusive anestesia, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

Definição: a cirurgia de lipoaspiração submental visa a retirada de tecido gorduroso do tecido celular subcutâneo (gordura abaixo da pele), objetivando melhorar o contorno submandibular. Após a retirada **parcial** de gordura, a pele se acomodará, em graus variáveis, sobre a musculatura e sobre a gordura remanescente, melhorando o contorno facial. 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 prévia de flacidez e ganho ou perda de peso. 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.

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 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 das cirurgias estéticas do mundo todo.

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

Informações específicas

Alimentação: a alimentação adequada é importante para prover o restabelecimento do organismo, e, para que isso se dê da melhor maneira, seu corpo vai precisar de calorias, sais minerais e proteínas. Portanto, nessa fase pós-operatória, tenha uma dieta rica em nutrientes e evite alimentos ruins.

Dor: Leve a moderada, variando de pessoa para pessoa, principalmente se houver toque na região, costuma não ocorrer quando está em repouso. Seu controle se faz, também, por meio de uso de analgésicos.

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

Nódulos: poderão ser sentidos à palpação, todavia desaparecem no decorrer do pós-operatório, com a realização das drenagens. Estes nódulos podem conter coágulos ou gordura residual. Quando persistem após 6 meses de pós-operatório, e se ainda forem visíveis, poderão requer 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: no pescoço e no colo. Desaparecerão, progressivamente, em média, ao longo de uma média de um mês e meio.

Repouso: ficar na cama somente para o período normal de sono. Não faça repouso adicional, pois este poderá favorecer o aumento do edema (inchaço). Por se tratar de uma cirurgia é indicado que mantenha repouso nos 03 primeiros dias pós cirúrgicos. Após, voltar as atividades de forma gradual e com devida atenção e cuidado. Evite abaixar a cabeça ou pressioar a região operada. Atividades físicas devem ser evitadas por 15 dias, incluindo até mesmo caminhadas.

Bandagem de compressão e tala: seu uso é de extrema importância e deve ser respeitado de acordo com as orientações do profissional para o seu tratamento pós cirúrgico. O seu tempo de uso será indicado pela profissional que vai realizar os cuidados pós, sob supervisão da profissional responsável pelo procedimento. A bandagem (faixa facial) não deve marcar a pele.

Reabilitação pós opertória: Iniciar o tratamento de acordo com a orientação feita para o seu caso. É importante que esse cuidado seja feito por um profissional experiente em pós cirúrgico, e de preferência indicado pelo cirurgião dentista responsável por seu tratamento. Não é hora para realizar testes! Esse cuidado interfere diretamente no resultado. O uso de aparelhos NÃO É PERMITIDO durante o tratamento pós. Avise o profissional que está realizando estes cuidados que somente após 06 meses o uso é liberado. Para alcançar melhores resultados pode ser indicado o uso dos mesmos afim de trazer maior estímulo de colágeno e tratamento de flacidez que possa permanecer.

Sol: somente após terem desaparecido as manchas roxas ou colorações diferentes na pele, geralmente após um mês. Usar protetor solar.

Dirigir automóveis: no mesmo dia, caso se sinta apto(a) para isso. Evitando abaixar a cabeça.

Importante:

Em alguns casos onde há um trauma maior e dependendo do organismo de cada paciente, pode ocasionar marcas aparentes e coloração mais escura na região após a cicatrização.

Retornos: deverão ser na média de 15 há 30 dias o primeiro retorno e o retorno final com 90 dias após, neste momento faremos fotos finais para acompanhar evolução e controle da qualidade dos resultados. Caso haja alguma necessidade, poderá ser feito um retorno após 06 meses para avaliar necessidade de retoque. Este retoque não é erro do cirurgião, e sim uma necessidade individual de cada caso pois o procedimentos possui

seus riscos, limitações e um pós que dependem do organismo de cada paciente e envolve também os cuidados realizados. Nossa procura é buscar o melhor resultado possível durante a cirurgia, respeitando a individualidade de cada um. Caso haja a necessidade de uma segunda intervenção será cobrado o valor de 70% do valor final acordado em contrato no período de um ano pós procedimento.

Resultado final: o resultado final da lipoaspiração submental costuma ser melhor avaliado, e visível, após 90 dias, podendo este espaço temporal variar de paciente para paciente. Resultado final e alta com 180 dias.

Alta completa: após 6 meses, retoques poderão ser indicados para um refinamento do resultado final. Escolha com seu cirurgião dentista o melhor momento. Lembre-se que caso haja essa necessidade, haverá também a necessidade do uso da faixa de compressão e sessões de reabilitação pós operatória novamente.

Além dos riscos gerais, também podem haver as seguintes complicações:

1. Irregularidades de contorno
2. Depressões
3. Infecção
4. Seromas (acúmulo de líquido)
5. Hematoma (acúmulo de sangue)
6. Cicatrizes hipertróficas e quelóides
7. Trombose venosa profunda
8. Tromboembolismo pulmonar
9. Lesão de nervos e vasos

Observação: fazem parte do pós-operatório da lipoaspiração o edema (inchaço), a parestesia (alteração de sensibilidade da pele) e as equimoses (coloração roxa e amarelada da pele), não sendo consideradas complicações e sim alterações inerentes ao procedimento.

Lembretes importantes

- Obdecer rigorosamente à prescrição dada.
- Caso tenha animal de estimação (cão ou gato), evite contato direto com ele nos primeiros 7 dias de pós-operatório e não deixe subir em seu leito. O contato a saliva de animais pode trazer riscos de infecção.
- Retornar ao consultório para controle pós-operatório como o profissional orientou. Você será responsável por entrar em contato para agendar as consultas de retorno. É importante manter acompanhamento.
- Consulte este documento informativo quantas vezes se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar o seu(a) cirurgião(a) dentista
- Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos técnicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos ao qual estarei submetido, seus desconfortos e

riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a cirurgia de LIPOASPIRAÇÃO DE PAPADA, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução do tratamento podem obrigar o profissional, a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, Segundo seu julgamento em meu benefício. O(a) profissional explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados. Independente da perícia, prudência ou vontade profissional.

Fui informado e compreendi que a prática odontológica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que não omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu cirurgião (a) dentista ficando autorizado a utiliza-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitador, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais que, por ventura, existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) profissional, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento qualquer momento de maneira formal. Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Aceito o fato de que o profissional não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Entendo a importância, e me comprometo a seguir orientações da equipe. Entendo, ainda, que cada ser humano possui particularidades quanto ao seu organismo e respostas biológicas diversas, sendo que o procedimento odontológico, ainda que realizado por profissional habilitado, e realizado de acordo com técnica reconhecida cientificamente e indicada ao meu caso, com material de qualidade, respeitando passo a passo do que determina a literatura ou a ciência odontológica, pode acontecer de que a resposta e o resultado esperado não sejam parcial ou totalmente alcançados, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata, e por isso, o resultado não é certo e não pode ser garantido.

Fui orientado que o resultado estético pode variar em cada indivíduo e que poderá ocorrer o cancelamento do procedimento proposto em caso de dificuldades anatômicas, ou outras intercorrências.

Declaro que minha anamneses foi por mim preenchida e assinada, apresentando informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições da saúde geral, não omitido ou suprimido qualquer dado, tão pouco quanto ao uso de medicamentos, que podem ocasionar danos irreversíveis a minha saúde.

Abaixo confirmo que li e compreendi todas as informações contidas neste documento.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Paciente Documento:

Profissional responsável - **Dra.XXXXX - CRO XXXX**