

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**RITIDOPLASTIA CÉRVICO-FACIAL**  
**(PLÁSTICA DE FACE)**

**Código de Ética Médica – Capítulo IV, Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.**

Eu..... (nacionalidade),  
..... (estado civil), RG ....., CPF ....., residente em  
..... (cidade e Estado), na rua ..... (endereço), por este termo autorizo o Dra Rafaela Lemos Dallalana, CRM 5277578-9, especialista em cirurgia plástica, RQE 22525, e todos os demais profissionais vinculados a minha assistência que integram a sua equipe, a realizar o procedimento de ritidoplastia bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

O procedimento autorizado me foi explicado pelos médicos designados através de consultas e orientação técnica pré-operatória. Os esclarecimentos foram suficientes para entender e aceitar ser submetido(a) ao presente tratamento de forma consciente e espontânea, assim como aceito o fato de que sempre haverá risco de vida, de intercorrências, de revisões, reparações e/ou cirurgias ou procedimentos complementares, complicações anestésicas e cirúrgicas em qualquer procedimento médico, independentemente de sua extensão e/ou gravidade.

Os seguintes pontos me foram especificamente esclarecidos:

1. As complicações relacionadas a estas cirurgias são: sangramento, hematoma (acúmulo de sangue), infecção (saída de pus), deiscência (abertura dos pontos e/ou da cicatriz), cicatrização anormal demorada, de má qualidade (quelóide), edema (“inchaço”) prolongado, seroma (saída de líquido seroso), irregularidades na pele, alterações de sensibilidade na pele, paralisia nervosa temporária ou permanente, alopecia (queda do cabelo ) no local da cicatriz, fístula (vazamento) ducto salivar, alergia a medicamentos não informados pelo paciente.
2. Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz que será permanente. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir a cicatriz de forma a torná-la menos evidente possível. O resultado final de uma cicatriz dependerá de vários fatores, como por exemplo, dos cuidados locais empregados no período pós-operatório, fatores individuais de cicatrização do(a) paciente, das condições patológicas associadas (diabete, infecções, anemias, alergias, carência de certas vitaminas/proteínas etc), hábitos sociais (tabagismo, etilismo, sedentarismo, exposição solar precoce e prolongada, etc), predisposição genética (quelóides, cicatrizes hipertróficas), reações a fios cirúrgicos, uso de determinados medicamentos (AAS, corticóides etc), fatores locais (tensão exagerada e espessura da pele etc), dentre outros. A cicatrização excessiva (hipertrófica ou quelóide) é incomum. No entanto, cicatrizes anormais (quelóides) podem se desenvolver. Os quelóides são de difícil tratamento. Pessoas de pele negra e de descendência oriental tem uma chance maior de desenvolverem uma cicatriz tipo quelóide do que indivíduos de pele branca, além de pessoas com história familiar e prévia de quelóides. Nestes casos, tratamentos adicionais podem ser necessários.

**Dr<sup>a</sup> Rafaela Dallalana**  
**Cirurgiã Plástica**  
**C.R.M - 5277578-9**

---

3. Poderá haver inchaço na área operada, manchas (hematomas e equimoses), descoloração ou pigmentação da pele que, eventualmente, permanecerá por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente será permanente.
4. Poderá haver necessidade de uso de drenos no pós-operatório. Eventualmente, líquidos, sangue e ou secreções podem ser acumulados nas áreas operatórias requerendo drenagens e/ou punções, além de curativos ou outros procedimentos cirúrgicos.
5. Poderá haver áreas cutâneas, em maior ou menor extensão, com perda de vitalidade biológica por redução na vascularização sanguínea, acarretando alterações na pele (necrose de pele), que poderão ser reparadas mediante novas cirurgias, muitas vezes com resultados apenas paliativos.
6. Poderá haver áreas de perda de sensibilidade nas partes operadas, tais alterações poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, embora mais raramente, permanentes.
7. Poderá ocorrer dano nervoso com conseqüente paralisia em diversos graus por um período indeterminado de tempo e, embora mais raramente, permanentemente.
8. Poderá existir dor pós-operatória em maior ou menor intensidade, por um período determinado de tempo e, embora mais raramente, de forma permanente.
9. Toda e qualquer cirurgia plástica pode necessitar de cirurgias complementares de maior ou menor porte, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos. Deve também ficar registrado e esclarecido que nas eventuais revisões operatórias, caberá ao(a) paciente arcar com as despesas hospitalares e da equipe médica.
10. Conforme explicado pelo meu médico, compreendi que o corpo humano apresenta diferenças anatômicas significativas entre seu lado direito e esquerdo conseqüentes a alterações ósseas, músculo-ligamentares, gordurosas, nervosas, vasculares e cutâneas pré-existentes. Assim, fui orientado(a) com total clareza da impossibilidade em se conseguir cirurgicamente simetria absoluta na(s) área(s) operadas ou tratadas quando comparadas entre si, não significando, no entanto, um mal resultado cirúrgico.
11. Problemas vasculares, neuromusculares, trombo-embolia, reações alérgicas e até mesmo óbito, podem ocorrer, contudo, uma investigação pré-operatória exaustiva e minuciosa diminui estatisticamente em muito estas possibilidades, embora não as eliminando.
12. Em relação às despesas hospitalares extras como taxas, diárias adicionais, medicamentos de uso esporádico e em situações imprevistas, exames laboratoriais feitos no hospital ou em outras instituições, transfusões sanguíneas, transferências para outros hospitais, e quaisquer outras situações, não sendo previstas e esperadas nestes procedimentos, estas despesas serão de responsabilidade do(a) paciente ou responsável (particular ou através do seu plano de saúde), inclusive internações hospitalares (em UTI/CTI ou não) pós cirurgia por intercorrências.
13. Estou ciente que não é permitido pintar o cabelo, assim como secá-lo com secador ou fazer qualquer outro tratamento capilar sem autorização médica prévia, por um período mínimo de trinta dias.

Eu reconheço que durante o curso da operação existem condições que não podem ser previamente identificadas e, por isso, podem necessitar procedimentos adicionais ou diferentes daqueles inicialmente programados. Por este motivo, autorizo o médico cirurgião a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do quadro.

Entendo que o médico-cirurgião e toda sua equipe se obriguem unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar, atingir um resultado desejado, porém não certo. Não sendo a

**Dr<sup>a</sup> Rafaela Dallalana**  
**Cirurgiã Plástica**  
**C.R.M - 5277578-9**

---

Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que **não me podem ser dadas garantias de resultado**, tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

Concordo em **cooperar com os médicos** responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho da profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes. Entendo que o tratamento completo envolve orientações pré e pós-operatórias que devem ser cumpridas integralmente, por um período mínimo que varia de 3 (três) meses a 1(um) ano após a cirurgia, sob o risco de interferir no resultado final. Não é permitido dirigir por um período mínimo de 4 semanas, assim como realizar exercícios físicos e pegar peso

Aceito o fato de que o **tabagismo**, o uso de **drogas e álcool** são fatores que podem ser causa de complicações médico-cirúrgicas. Não sou alérgico(a) a nenhuma medicação, não faço uso de nenhuma droga oral, injetável ou de outra via de administração, exceto a(s) seguinte(s) abaixo relacionadas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fui informada(o) e orientada(o) a consultar o site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) [www.cirurgiaplastica.org.br](http://www.cirurgiaplastica.org.br) onde estão disponíveis múltiplas mídias instrutivas sobre minha cirurgia e outras informações.

Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas ao tratamento que voluntariamente me submeterei e fornecer todas as informações verdadeiras a respeito do que me foi perguntado, tendo lido e compreendido as Informações deste documento e outros, antes de sua assinatura e que tive a oportunidade de retornar ao consultório quantas vezes fossem necessárias para dirimir dúvidas e mesmo sendo sabedor(a) que a cirurgia proposta tem riscos, podendo ocasionar entre outras complicações, deformidades e limitações de minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo os profissionais designados a realizarem os procedimentos necessários para a boa condução da cirurgia proposta.

Afirmo ter feito um relato cuidadoso da minha história de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente, bem como a alimentos, anestésico, poeira, doenças do sangue ou sistêmicas, reações de pele ou mucosa, sangramento anormal ou outra condição relacionada à minha saúde. Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, comprometer o procedimento, causar-me seqüelas ou acarretar dano à minha saúde. Comprometo-me ao

**Dr<sup>a</sup> Rafaela Dallalana**  
**Cirurgiã Plástica**  
**C.R.M - 5277578-9**

---

ter alta hospitalar, seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico. Assim obterei como resultado a combinação da técnica empregada, da reação cicatricial dos meus órgãos e tecidos e da experiência do cirurgião, sabendo que a finalidade da cirurgia não é a realização de um sonho, mas sim obter o que as técnicas cirúrgicas e a ciência médica podem me oferecer.

....., ..... de .....de 201.... Rio de Janeiro

Assinatura do Paciente: .....

Assinatura do Responsável:..... Nome:

CPF:

1 - Testemunha: .....

Nome:

CPF:

2 - Testemunha:..... Nome:

CPF: