



**TERMO DE CONSENTIMENTO
CIRURGIA PLÁSTICA: DAS PÁLPEBRAS**

1. PACIENTE

NOME

Nº IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

**2. RESPONSÁVEL
LEGAL**

NOME

CIC/CPF

Nº IDENTIDADE

PROFISSÃO

3. MÉDICO

NOME

CRM

O(a) paciente identificado(a) no quadro 1 ou seu responsável legal identificado(a) no quadro 2, declara, pelo presente Termo de Consentimento Informado e Esclarecido para todos os fins legais, dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente identificado no quadro 3 para proceder as investigações necessários ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico denominado **“CIRURGIA DAS PÁLPEBRAS - BLEFAROPLASTIA”** e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo o Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente os que se seguem.

DIAGNÓSTICO:

Blefarocalázio superior e/ou inferior (excesso de pele e de bolsas de gordura em pálpebras superiores e/ou inferiores).

CIRURGIAS PROPOSTA:

Blefaroplastia superior e/ou inferior (cirurgia de pálpebras superiores e/ou inferiores).

CICATRIZES:

À direita e esquerda em pálpebras inferiores próximo aos rebordos dos cílios e das pálpebras superiores no sulco das pálpebras superiores.

ANESTESIA

Local com sedação.

COMPLICAÇÕES:

Não existe cirurgia sem risco. Toda cirurgia envolve algum tipo de risco à saúde. Este risco varia conforme:

- O tipo de cirurgia;
- As condições clínicas pré cirúrgicas do paciente;
- As características individuais;
- Pré disposições hereditárias (de nascença);
- O tempo de duração da cirurgia;
- Tipo de anestesia realizada.
-

O fumo, o uso de anticoncepcional oral e hormônios, o consumo de drogas ilícitas e lícitas, álcool e o uso de substâncias e medicamentos não informados ao cirurgião podem desencadear complicações durante e após a cirurgia, aumentando o seu risco. A decisão voluntária de submeter-se à cirurgia é feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).

- Acúmulo de líquido (seroma);
- Sangue (hematoma);
- Secreção (infecção);
- Perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele);
- Deiscência da sutura (abertura dos pontos);
- Flacidez de pele;
- Retração de pele;
- Perda de sensibilidade de áreas operadas;
- Inchaço (edema);
- Áreas roxas (equimoses);
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica grosseira);

* Caso ocorra algumas das complicações, será prestada toda assistência médica para o paciente, sendo informado dos cuidados e tratamento

Declara ainda o paciente e/ou seu responsável legal, ter lido as informações contidas no presente termo, a qual entendeu perfeitamente e as aceitou, compromissando-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (o paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento pode 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.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações, através de linguagem clara e

acessível sobre os benefícios, mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Local e Data	
Assinatura do Paciente	
Ou Assinatura do Responsável	
Assinatura do Médico	