



**TERMO DE CONSENTIMENTO
CIRURGIA PLÁSTICA: MAMÁRIA EM Z OU W**

1. PACIENTE

NOME

Nº IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NOME

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 PLÁSTICA MAMÁRIA EM Z OU W**” 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.

DEFINIÇÃO:

Consiste em reconstruir a mama de maneira a deixar o mínimo possível de sequelas estéticas.

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).

- Sangramento
- Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas);
- Deiscência da sutura (soltam-se os pontos);
- Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anatomopatológico mostrar invasão na borda cirúrgica;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica grosseira);
- Infecção;
- Seromas (acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso);
- Saída do dreno;
- Formação de áreas de necrose gordurosa.

* 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	