

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA: LIPOASPIRAÇÃO/LIPOESCULTURA

Todo paciente tem direito à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento médico-cirúrgico que será submetido. É dever do médico esclarecer exaustivamente os limites, riscos e desconfortos inerentes a cada procedimento médico proposto antes da assinatura deste termo. Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90): artigo 6º, III; Código de Ética Médica: art 46, 56 e 59; Constituição Federal/88: art.5º, XIV e XXXII.

Eu, _____ RG nº _____ solicito e autorizo o Dr. Pedro Leonardo Sanches Faveret, CRM-RJ 52.64246-0, especialista e membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a realizar o procedimento cirúrgico de lipoaspiração – lipoescultura baseado no diagnóstico de lipodistrofia (gordura) localizada. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Admito também terem sido feitas as seguintes considerações:

1. Em relação à saúde global do paciente - Toda cirurgia envolve algum tipo de risco à saúde. Este risco varia conforme o tipo de cirurgia, as condições clínicas pré-cirúrgicas do paciente, características fisiológicas individuais, pré-disposições hereditárias, o tempo de duração da cirurgia e o tipo de anestesia realizada. A decisão voluntária de submeter-se à cirurgia foi feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente.
2. Em relação à lipoaspiração-lipoescultura –As complicações relacionadas a esta cirurgia são: sangramento, hematoma (acúmulo de sangue (não confundir com equimose (mancha roxa)), infecção (saída de pus), cicatrização demorada, de má qualidade (quelóide), alterações de sensibilidade na pele, alterações de pigmentação (cor) da pele.
3. Que alguns casos no pós-operatório tardio poderão apresentar algumas irregularidades na pele e/ou pequenos nódulos, os quais podem necessitar de sessões de drenagem linfática pós-operatória. Em caso de permanência, novo procedimento cirúrgico pode ser necessário.
4. Que o tratamento completo envolve orientações pré e pós-operatórias que me foram entregues por escrito e que devem ser cumpridas integralmente, por um período mínimo que varia de 3 (três) a 6 (seis) meses após a cirurgia, sob o risco de interferir no resultado da cirurgia. Após concluído este tratamento, existe a possibilidade ainda de insatisfação com o resultado, podendo ser necessária(s) outra(s) cirurgia(s) até que a satisfação pessoal do paciente seja alcançada.
5. Caso haja necessidade de cirurgia complementar, para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação, está claro que os custos de materiais hospitalares e anestésicos são de minha responsabilidade, mesmo que o cirurgião e sua equipe optem por não estabelecer honorários.
6. Que a médio/longo prazo, ocorrem alterações subseqüentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ganho de peso, à exposição solar, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano. Outra(s) cirurgia(s) e/ou outro(s) tratamento(s) pode(m) ser necessário(s) para a manutenção dos resultados.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada, compreendi o conteúdo deste documento, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, portanto, estar bem informado (a) tanto do procedimento cirúrgico quanto do anestésico bem como dos riscos e cuidados inerentes à eles.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

(Paciente) ou (Responsável/Representante legal)

Testemunha