

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO CIRURGIA DE PÁLPEBRAS

1. Eu, _____ CPF _____, por este termo, autorizo o Dr.(a) - _____ CREMERJ _____ e todos os demais profissionais vinculados à minha assistência a realizar o procedimento cirúrgico denominado _____

bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrente. A saber, blefaroplastia é denominação científica de cirurgia das pálpebras.

2. O procedimento autorizado no parágrafo anterior me foi explicado pelos médicos por mim designados através de consultas e orientação técnica pré-operatória. Entendo que através desta sistemática me foi dado esclarecimento suficiente para compreender e aceitar ser submetida (o) ao presente tratamento médico cirúrgico de forma consciente e espontânea, assim como aceito o fato de que sempre haverá risco de vida em todo e qualquer procedimento médico, independentemente de sua extensão ou gravidade.

3. Os seguintes pontos me foram especificamente esclarecidos:

a. Como resultado da cirurgia existirá uma ou mais cicatrizes que serão permanentes. Todos os esforços serão realizados para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes de forma a torná-las o menos evidente possível;

b. Poderá haver inchaço na área operada que, eventualmente, permanecerá por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, poderá ser permanente;

c. Pode haver manchas na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, poderão ser permanentes;

d. Poderá haver descoloração, hiperpigmentação ou despigmentação cutânea (alteração da cor da pele para mais escura ou clara) em áreas cirúrgicas por um período indeterminado de tempo. Embora mais raramente, estas alterações poderão ser permanentes;

e. Eventualmente líquidos, sangue e/ou secreções podem ser acumulados nas áreas operadas requerendo drenagem e/ou aspiração e/ou curativos cirúrgicos e/ou cirurgias reparadoras até mesmo em mais de um tempo cirúrgico;

f. Poderá haver áreas cutâneas (porções de pele), em maior ou menor extensão, com perda de vitalidade biológica por redução na vascularização sanguínea, acarretando alterações na pele (necrose ou morte da pele) que serão atenuadas ou reparáveis apenas mediante nova (s) cirurgia(s) e, muitas vezes, com resultados apenas paliativos;

g. Poderá haver perda parcial ou total da visão de um ou ambos os olhos (cegueira). Esta situação eventualmente permanecerá por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, poderá ser permanente;

h. Poderá haver áreas de perda de sensibilidade nas partes operadas. Tais alterações poderão ser parciais ou totais por um período de tempo e, embora mais raramente, permanentes;

i. Poderá ocorrer dano nervoso com conseqüente paralisia em diversos graus por um período indeterminado de tempo e, embora mais raramente, permanente;

j. Poderá existir dor pós-operatória em maior ou menor grau de intensidade por um período de tempo indeterminado e, embora mais raramente, de forma permanente;

k. Entendo e aceito o fato de que as pálpebras e estruturas próximas a elas (sobrancelhas, cantos dos olhos...) são assimétricas em todo ser humano (diferentes entre os lados). Tal assimetria persistirá após a cirurgia.

l. Toda e qualquer cirurgia, incluindo a plástica e outros procedimentos órbito-palpebrais, eventualmente necessita cirurgias complementares de maior ou menor porte, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos.

4. 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, o médico anestesista, bem como o(s) seu(s) assistente(s) ou seu(s) designado(s) a realizar(em) qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico-cirúrgico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições.

5. Entendo que o médico-cirurgião e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte, atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata e que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas cirúrgicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos, seja quanto a percentual de melhora, seja em termos de idade aparente ou permanência dos resultados que forem atingidos.

6. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas como medicações e revisões, oral e/ou por escrito, pois em assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, colocar em perigo minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

7. Aceito o fato de que o tabagismo (uso do cigarro), o uso de drogas e álcool são fatores que, embora não impeçam a realização de cirurgias, podem ser causa de complicações médico-cirúrgicas. Declaro não haver omitido informações sobre minha saúde.

8. Autorizo o registro (fotos, slides, imagens, som, etc.) dos procedimentos necessários para a realização da(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tal sistemática, além de ser uma exigência médico-legal, representa uma alternativa importante de esclarecimento das informações prestadas necessárias ao meu entendimento crítico das condutas propostas. Este registro poderá ser utilizado em publicações e apresentações científicas.

9. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas ao procedimento que voluntariamente irei me submeter, tendo lido e compreendido as informações deste documento antes da sua assinatura. Entendo e aceito todos os custos do tratamento. Embora sendo sabedor (a) que os procedimentos aos que me submeterei, além de serem de risco, poderão ocasionar, entre outras intercorrências: dor, inchaço, manchas na pele, alterações de sensibilidade, paralisia nervosa, cicatrizes, necrose de pele, alterações de forma e/ou tamanho nas áreas operadas, acúmulo de líquidos e secreções, infecção e limitação de minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo os profissionais acima designados a realizarem os procedimentos constantes neste termo de autorização cirúrgica.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____

PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

ACOMPANHANTE – NOME COMPLETO E CPF

Declaro que li, entendi e recebi por escrito o documento Orientação Pré-operatória e a prescrição (receita) de orientação pós tratamento. Ass: _____

Ass. Médico (a) Assistente e Carimbo