

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DEBRIDAMENTO E RETALHO LOCAL

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

OBJETIVO: Remover lesões e tecidos desvitalizados de um local específico, realizar um retalho para cobertura do defeito resultante.

SOBRE AS CICATRIZES: toda cicatriz é resultado de um grande número de fatores como cor e tipo de pele, idade, relação e reação pessoal às rugas, às articulações e várias outras particularidades. Isso porque, cada local do corpo humano possui pele ou características diferentes, sendo portanto, inconclusivas quaisquer comparações entre cicatrizes em locais diferentes ou no mesmo local, mas em diferentes pessoas.

De um modo geral cicatrizes dentro de rugas ou paralelas a estas apresentaram melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas às articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

TRATAMENTOS COADJUVANTES: após a cirurgia, o acompanhamento mensal do seu caso indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticóide, radioterapia, dentre outros.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Cicatriz: após a cirurgia, a cicatriz será um traço fino. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando, em tempo variável, a uma condição tão boa quanto sua pele permitir;

Curativos: estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento e a presença de coágulos sob elas. Não trocar no primeiro dia, a não ser que haja sangramento. Nesse caso, remova o curativo, comprima o local por 10 minutos, limpe com água e sabonete e refaça o curativo. Após a retirada dos pontos, usar micropore (caso não haja alergia a esse material) sobre a cicatriz, trocando a cada 48h, por 30 dias.

Dor: pouco intensa;

Edema (inchaço): pode ocorrer na região operada, e também em volta dela;

Equimoses (manchas roxas): são infrequentes, mas podem ocorrer até em locais pouco distantes da região operada, desaparecendo, em média, após 15 a 20 dias;

Repouso: evitar atividades físicas intensas na primeira semana;

Dieta: Livre;

Banho: Liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar o curativo; se necessário, secá-las com secador de cabelo em temperatura morna;

Ficar no domicílio: por 8 horas se foi usada apenas sedação para a cirurgia;

Retirada de pontos: Serão retirados entre o 5º e o 14º dia.

Trabalho: liberado após o segundo dia, se não afetar a área operada;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sol: direto sobre a cicatriz, somente após seis meses, usando filtro solar espesso ou, de preferência, cobrindo-a com fitas de micropore, por 6 meses;

Esportes: liberado após o 30º dia, se não afetarem a área operada. Nos casos de revisão de cicatrizes em pernas e braços, para uma melhor possibilidade de melhora estética, deverá haver algumas restrições dos movimentos por um período de 1 a 2 meses;

Esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombro, peitoral e dorso, natação, aeróbica): nas revisões de cicatrizes, somente após 3 meses;

Exame anatomopatológico: quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las, juntamente com a requisição, ao Laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou no freezer);

ALTA COMPLETA: após 6 meses, você será submetido(a) a uma nova consulta, ocasião em que serão tiradas fotos pós-operatórias e feito o controle de qualidade dos resultados. Se houver possibilidade de alguma melhora adicional, com algum retoque, este lhe será sugerido, podendo ser realizado na época que lhe for mais oportuna.

RISCOS

Na excisão de lesões: recidiva (retorno) local da lesão, necessidade de reoperação para limpeza de margens comprometidas com neoplasia, cicatriz anti-estética, possibilidade de necessidade de cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do queloide.

O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um desses riscos e o que poderá ser feito caso estes eventos infrequentes ocorram.

Caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.

Úlcera por pressão, feridas ou necrose de tecidos:

No caso de reconstrução dessas lesões pode ser necessário o uso de um dreno que deve ser retirado somente após diminuição no débito, que será avaliado a cada caso.

Pode ser necessário também internamento mais prolongado após o procedimento.

Deverá permanecer em repouso, sendo o tempo estipulado pela equipe médica e não poderá apoiar ou comprimir a região operada por 60 dias, ou haverá necrose e formação de uma nova úlcera que pode ser muito maior do que a prévia.

Mesmo em casos de sucesso nos primeiros meses da cirurgia, caso não seja feita a profilaxia para úlcera, poderá haver recidiva no mesmo local ou em outro do corpo.

Além disso, poderá haver a necessidade de uso mais prolongado de antibióticos, que podem inclusive serem endovenosos ou intramusculares, dependendo de haver infecção dos tecidos e principalmente do osso.

Dra. Monyque Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Outras complicações locais que podem ocorrer nesse tipo de cirurgia são: equimoses, hematomas, necrose de pele tecidos, infecção do sítio cirúrgico, deiscência da ferida (abertura de pontos), cicatriz queloidiana ou hipertróficas, deformidade local, dor local aguda ou crônica, espasmos musculares, pioderma gangrenoso.

Complicações anestésicas e sistêmicas: Alergia medicamentosa, insuficiência respiratória, dificuldade de intubação por via aérea difícil, hipóxia, parada respiratória, hemorragias, necessidade de transfusão, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, embolia gordurosa, parada cardíaca e morte.

Observações: hgjkghj

Dra. Monyque Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU, Ido, RG....., CPF:....., declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dra. Monyque Cunha Trindade, CRO-PR: 26.360, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, ghjkgjh bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Complicações orientadas e a serem consideradas: Hematoma, infecção, deiscência cirúrgica (abertura de pontos), necrose cutânea (perda de vitalidade de tecidos), assimetrias, deformidades, cicatriz anormal (quelóides ou cicatriz hipertrófica); e mais raramente: complicações anestésicas, choque anafilático, TVP (trombose venosa profunda), TEP (tromboembolismo pulmonar), AVC (acidente vascular cerebral), doenças linfoproliferativas relacionadas ao uso de implantes de silicone (BIA-ALCL), PCR (parada cardíaco-respiratória) e óbito.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Foz do Iguaçu,, 20.....

Assinatura do(a) paciente: _____ CPF: _____

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____