

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**I. DO PROCEDIMENTO e DA INDICAÇÃO**

Foi-me explicado que a bichectomia consiste em um procedimento no qual é retirado o tecido gorduroso das bolsas de Bichat, na região das bochechas, com o objetivo de melhorar o formato facial por meio da diminuição da projeção das bochechas.

**II. DOS BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO**

Foi-me explicado que a bichectomia poderá me proporcionar os seguintes benefícios:

- Bochechas mais finas;
- Melhora do contorno facial;
- Delineamento das bochechas.

**III. DA ANESTESIA**

Foi-me explicado que a bichectomia poderá ser realizada sob anestesia local, associada ou não à sedação. Em alguns casos, o profissional poderá preferir usar anestesia geral e, assim decidindo, será necessário o(a) paciente passar por consulta com médico anestesista para avaliação.

Dentre os riscos da anestesia, temos:

- Dor: durante a infiltração de soluções para a bichectomia o(a) paciente poderá sentir dor;
- Alergia: alguns pacientes podem apresentar alergia aos componentes anestésicos, que poderão levar à vermelhidão local, algumas áreas de isquemia (diminuição do fluxo de sangue), edema (inchaço) local, sendo necessária suspensão imediata da aplicação e o uso de medicações;
- Convulsão: pacientes sensíveis a algum componente dos anestésicos podem apresentar crise convulsiva durante a anestesia, seja pela concentração da medicação, seja em razão da dose ministrada;
- Parada cardíaca: ocorre por depressão do músculo cardíaco, seja pela concentração da medicação ou da dose efetuada;
- Choque anafilático: forma mais grave de reação alérgica, que mesmo com cuidados técnicos pode evoluir a óbito.

A sedação é uma técnica anestésica que diminui o nível de consciência do(a) paciente para reduzir a ansiedade e melhorar o seu conforto em procedimentos desagradáveis.

Existem três graus de sedação, sendo eles:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

- Sedação mínima: tem como intuito diminuir os níveis de ansiedade, deixando o(a) paciente mais relaxado. A sedação mínima é normalmente usada em pequenos procedimentos que necessitam da cooperação do(a) paciente e para aqueles cuja dor é controlada por anestesia local ou regional;

- Sedação moderada: nesta modalidade, o(a) paciente aparenta estar inconsciente, com resposta a estímulos verbais ou táteis. Pacientes nesse nível geralmente permanecem com olhos fechados e respondem lentamente aos comandos verbais, às vezes precisando de estímulo tátil concomitante. A sedação moderada pode ser usada para procedimentos em que a cooperação do(a) paciente não é necessária e o relaxamento muscular é desejado. Durante a sedação moderada, o(a) paciente geralmente é capaz de manter as vias aéreas patentes com respiração adequada, e a função cardiovascular geralmente é mantida;

- Sedação profunda: caracterizada por nível de consciência profundamente deprimido, com resposta motora provocada apenas após estímulos repetidos ou dolorosos. A sedação profunda pode ser necessária em procedimentos dolorosos que requerem relaxamento muscular e falta de resposta do(a) paciente.

Estou ciente que, como qualquer anestesia, a sedação pode resultar em uma reação adversa ao(à) paciente, podendo provocar:

- Náuseas, vômitos;
- Instabilidade emocional;
- Reações paradoxais como inquietação, agitação e delírio;
- Alergia medicamentosa;
- Alguns pacientes podem desenvolver reações sistêmicas como aumento ou diminuição da pressão arterial, com aumento ou diminuição da frequência cardíaca; outros apresentam diminuição da oferta de oxigênio ao cérebro, levando a arritmia cardíaca. Evento raro, mas passível de ocorrer e não depende da habilidade do profissional;
- Reações locais como flebites (infecção no local da punção da veia) superficiais no local da injeção de diazepínicos e o prurido (coceira) localizado.

Declaro estar ciente de que a anestesia, se geral, será realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelo(a) médico(a) anestesiológico, sendo que a responsabilidade acerca de eventuais riscos e danos decorrentes da anestesia são de inteira responsabilidade do médico(a) anestesiológico.

#### **IV. DOS POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO**

Foi-me explicado que como todo procedimento cirúrgico, a bichectomia não está isenta de riscos, sendo eles:

#### **RISCOS DURANTE A CIRURGIA:**

## ***Dra. Monyque Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial***

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

- Lesão ao ducto parotídeo que pode acontecer no momento da incisão (corte) ou da sutura (costura) na cirurgia;
- Lesões nervosas: podem ocorrer no momento do afastamento das fibras musculares, levando ao rompimento dos nervos locais, que pode ser transitório, com regeneração e recuperação;
- Enfisema: caracterizado pelo aprisionamento de ar dentro dos tecidos moles gerando um inchaço macio, sonoro a auscultação (ouvida) e com sensação de aprisionamento de bolhas de ar a palpação na área operada;
- Hemorragia: consiste no extravasamento de sangue durante o procedimento que pode ter origem venosa, arterial ou capilar.

#### **RISCOS PÓS-OPERATÓRIOS:**

- Edema (inchaço) em razão do acúmulo de líquido em razão da manipulação dos tecidos;
- Equimose: machas roxas na área tratada e a sua volta;
- Hematoma: massa palpável com aumento de volume na pele. Hematomas grandes necessitam de drenagem e do uso de antibiótico para evitar o risco do desenvolvimento de infecção;
- Infecção;
- Abscesso: em caso de infecção, pode-se formar abscesso com flutuação na mucosa, com presença de pus;
- Trismo: dificuldade de abrir a boca devido a contração involuntária do músculo (masseter). Tende a regredir em poucos dias;
- Deiscência de sutura: abertura da costura;
- Sialoceles: acúmulo de extravasamento salivar após um episódio traumático no ducto parotídeo, o que pode acontecer no momento da incisão ou da sutura na cirurgia de bichectomia;
- Assimetria facial: o volume aspirado pode levar a uma diferença entre os lados da face.

#### **V. DAS CONTRAINDICAÇÕES DO PROCEDIMENTO**

Foi-me explicado que a bichectomia é contraindicada nas seguintes situações:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Uso de imunossupressores: corticoide em doses altas e de uso crônico, drogas imunossupressoras (ciclosporina, ciclofosfamida, azatioprina, entre outras);
- Pacientes em tratamento com radioterapia e quimioterapia;
- Pacientes com hipertensão arterial não controlada;
- Pacientes com diabetes não controlada;
- Doenças hepáticas, cardiológicas e renais graves;
- Distúrbios de coagulação e uso de anticoagulantes;
- Inflamação ou infecção no local a ser tratado;
- Pacientes com distúrbios de comportamentos.

#### **VI. DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DA RESPONSABILIDADE ASSUMIDA PELO(A) PACIENTE**

# ***Dra. Monique Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial***

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

As informações coletadas na consulta são de minha responsabilidade, sendo de suma importância para a aceitação, ou não, da realização do procedimento por parte do(a) profissional da saúde, pois este(a) irá avaliar os benefícios e malefícios, conforme os exames solicitados e as informações por mim prestadas.

Estou devidamente ciente de que o tabagismo é conhecido por impactar negativamente a cicatrização pós-operatória e aumentar o risco de infecção. O cirurgião poderá solicitar o tempo adequado de suspensão do tabagismo no período pré-operatório, para maior segurança, e agendamento da cirurgia, que pode ser variável de 3 (três) a 6 (meses).

Ademais, estou ciente de que o uso de anticoncepcional pode trazer riscos de trombose venosa.

### **VII. DO RISCO DE ESTAR GRÁVIDA**

Declaro que NÃO estou grávida e que NÃO HÁ RISCO de eu estar, tendo sido previamente esclarecida dos riscos cirúrgicos, caso eu esteja gestante, para mim e para o feto.

### **VIII. DOS CUIDADOS PRÉ-PROCEDIMENTAIS**

Fui esclarecido(a) e estou ciente que deverei:

- Evitar bebidas alcoólicas no dia anterior ao procedimento;
- Não tomar quaisquer medicamentos que contenham o ácido acetilsalicílico em sua composição por pelo menos 14 (catorze) dias antes do procedimento;
- Comunicar até 2 (dois) dias antes do procedimento ocorrências como gripe, indisposição, febre, infecções no local do procedimento;
- Comparecer ao local previamente agendado, em jejum, obedecendo ao horário estipulado.

### **IX. DOS CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTAIS E DA ALTA**

Recebi, ainda, as seguintes orientações para os dias posteriores ao procedimento:

- Evitar atividade física por 15 (quinze) dias;
- Evitar exposição solar por 15 (quinze) dias;
- Aplicar compressas geladas no rosto de 3 (três) a 4 (quatro) vezes por dia durante a primeira semana;
- Dormir com a cabeceira da cama elevada até o desaparecimento do edema (inchaço) local;
- Fazer dieta pastosa durante os primeiros 10 (dez) dias;
- Não tomar quaisquer medicamentos que contenham o ácido acetilsalicílico em sua composição por pelo menos 14 (catorze) dias após o procedimento;
- Fazer enxague bucal com o antisséptico indicado pelo profissional da saúde;
- Avisar ao(à) profissional da saúde qualquer intercorrência após a realização do procedimento.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Estou ciente que deverei comparecer à consulta conforme agendamento e a minha ausência tipificará abandono de tratamento. O abandono do acompanhamento pós-procedimento tem repercussões sobre a evolução do procedimento.

**X. DO RESULTADO FINAL E DA OBRIGAÇÃO ASSUMIDA PELO(A) PROFISSIONAL**

Eu estou ciente de que o resultado final do procedimento de bichectomia poderá não ser o por mim desejado, porque além de se tratar de algo subjetivo, há limites de ordem técnica, científica, ética e fisiológica que se encontram fora do alcance de intervenção do(a) profissional da saúde.

O(A) profissional da saúde e a sua equipe se comprometem a empregar todos os meios e as técnicas possíveis e à disposição para alcançar o melhor resultado possível, mas como a medicina não se trata de uma ciência exata não há garantia de se alcançar o resultado esperado.

**XI. DO REFINAMENTO PÓS-CIRÚRGICO**

Foi-me explicado que o refinamento cirúrgico consiste em um procedimento complementar com a finalidade de tentar alcançar o melhor aspecto do local manipulado, de acordo com critérios técnicos do(a) profissional da saúde. Estou ciente que, se necessária a sua realização, em hipótese alguma configurará imperícia, imprudência, negligência ou má-conduta do(a) profissional.

O procedimento de refinamento será agendado de comum acordo pelo(a) paciente e o(a) profissional da saúde, levando sempre em consideração as condições gerais e específicas do(a) paciente e critérios clínicos e técnicos avaliados, podendo haver novos gastos com o(a) profissional de saúde, sendo que as informações aqui prestadas e esclarecidas são igualmente válidas para o procedimento de refinamento.

Eu entendi que se houver necessidade de refinamento não significa falha ou equívoco técnico, sendo que a indicação do procedimento dependerá de análise exclusiva do(a) profissional da saúde. Também estou ciente dos possíveis custos adicionais.

**XII. DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD**

Fui cientificado(a) e autorizo a coleta e o tratamento de dados pessoais em decorrência da prestação do serviço de saúde contratado, podendo o(a) profissional acessar, utilizar, manter, processar e arquivar, eletrônica e manualmente, as informações e os dados prestados por mim a fim de cumprir suas obrigações, jamais para qualquer outro propósito, nos moldes da Lei 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e demais ordenamentos jurídicos.

**XIII. DAS FOTOS, SOM E IMAGEM**

***Dra. Monique Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial***

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Eu autorizo os registros (foto, som, imagem etc.) necessários para a realização do procedimento proposto, por entender que tais registros, além de ser uma exigência técnica, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que dou meu consentimento para o uso deles apenas para finalidade científica e desde que fique em sigilo minha identidade.

**XIV. DO CONSENTIMENTO OU RECUSA**

Estou ciente de que durante a realização do procedimento aqui especificado podem ocorrer situações que não puderam ser previamente identificadas e previstas e que, em decorrência delas, poderá haver necessidade da realização de procedimento adicionais e/ou diferentes daqueles inicialmente programados.

Declaro que, diante de tudo o que me foi informado, esclarecido, bem como das dúvidas sanadas, de forma verbal e por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, **NÃO RESTAM QUAISQUER DÚVIDAS** acerca dos benefícios, dos riscos e de possíveis efeitos adversos decorrentes do procedimento de bichectomia ao qual me submeterei, assinei o presente termo de consentimento de forma livre e esclarecida e rubriquei todas as suas folhas.

Declaro, ainda, que fui informado(a) de que posso revogar o meu consentimento até antes do início do procedimento, sendo necessário que eu informe a minha decisão ao(à) profissional da saúde e assinei juntamente com ele(a) o Termo de Revogação, que será disponibilizado no momento que eu manifestar a minha vontade de não me submeter ao procedimento.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é firmado em 02 (duas) vias, sendo uma via destinada ao(à) paciente e a outra ao(à) profissional de saúde.

Observações: asd

# ***Dra. Monyque Cunha Trindade - Cirurgia Bucomaxilofacial***

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

### **DO CONSENTIMENTO:**

De posse de todas as informações necessárias, EU, sdfsd, 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 26360, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, AAAAAAAAAAAAA, 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: \_\_\_\_\_