
	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA PLÁSTICA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE DE MAMA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>NOME DO MÉDICO:</b>
<b>CRM DO MÉDICO:</b>
<b>IMPLANTE A SER REALIZADO NA MAMA:      (    ) DIREITA      (    ) ESQUERDA</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado formaliza o presente Termo de Consentimento Informado, DECLARANDO que:

- Foi informado que a cirurgia plástica com implante de prótese de mama a ser executada é um procedimento invasivo, contando com a participação de vários profissionais, médicos ou de enfermagem, exigindo cortes cirúrgicos específicos, com dimensões diversas, sendo utilizado bisturi elétrico para cauterização de tecidos, além de diversos equipamentos, inclusive para monitorização de funções vitais, dependendo do caso.
- O médico cirurgião e a sua equipe explicaram previamente os riscos e complicações do procedimento cirúrgico em questão, bem como o médico informou sobre tratamentos alternativos, os quais descartei de livre e espontânea vontade, por minha decisão pessoal.
- Foi explicado que o procedimento implica riscos de ordens e graus variados e não há garantia, nem promessa, quanto ao sucesso deste ato médico cirúrgico. Os riscos podem ser graves e inesperados, bem como podem gerar complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos, anestesia e outros, podendo incluir, mas não se limitando a: *possibilidade de isquemia periférica, problemas cardíacos (baixo débito, arritmias, bloqueios átrio-ventriculares, infartos, dissecação aguda da aorta); sangramento; reações secundárias; coágulos; perda de sensibilidade; paralisias; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fístulas e deiscência de suturas; deficiências protéticas; anemia; tromboembolismo venoso (TEV); fraturas associadas; alterações pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); alterações vasculares com possibilidade de falência múltipla de órgãos; falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbito (úlceras de pressão); discrasias sanguíneas e hemorrágicas; lesões (temporárias e/ou definitivas) das funções; queimaduras do bisturi elétrico; equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais), necroses de tecidos; alterações neuromusculares; problemas vasculares; trombo-embolia; reações alérgicas de maior ou menor intensidade, alterações cicatriciais como quelóides e cicatrizes hipertróficas além de alterações de coloração das mesmas; perda ou redução da capacidade para o trabalho.*
- Fui informado que todo procedimento cirúrgico representa risco de perda da vida (MORTE), em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse (infecção grave e generalizada).

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA CIRURGIA PLÁSTICA COM COLOCAÇÃO          DE PRÓTESE DE MAMA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

5. Fui informado que as complicações do procedimento podem ser imediatas ou aparecerem após meses ou anos, inclusive podem levar a re-operação, permanência no hospital superior à prevista e à transfusão de sangue.

6. Fui informado que também poderá haver inchaço (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses; *manchas (equimoses) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes; cicatrização patológica (quelóides e cicatriz hipertrófica), dependendo das características intrínsecas e da susceptibilidade individual; descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes: líquidos, sangue (hematoma) e/ou secreções (seroma), eventualmente, podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico; infecções, localizadas ou não, podendo ser acompanhadas da deiscência dos pontos, são geralmente controladas com uso de antibióticos e cuidados locais; perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo e que é variável de paciente a paciente; perda de vitalidade biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos; assimetrias discretas ou irregularidades de superfície, não significando, no entanto, um mal resultado estético; dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente; necessidade de retoques, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado; além de problemas vasculares, neuromusculares, tromboembolia, reações alérgicas e até mesmo ÓBITO / MORTE, podem ocorrer.*


7. Compreendeu que as complicações acima resumidamente descritas caracterizam-se como riscos inerentes do procedimento cirúrgico que aceitou realizar. Estou ciente e de acordo que o ato médico em questão é uma obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou de resultado esperado.

7.1. Estou ciente que quaisquer outros riscos adicionais podem ainda ocorrer, especialmente pelas condições pessoais de cada paciente em razão de (mas não limitado): *idade avançada, obesidade, doença arteriosclerótica, hipertensão arterial, disfunção hepática, disfunção renal, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal ou cardíaca descompensada aguda, presença de coágulos no coração ou outros locais, doenças pulmonares agudas ou crônicas, uso prévio de antiarrítmicos, portadores de marcapassos cardíacos ou outros dispositivos elétricos, tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas (dentre outros hábitos não saudáveis eventualmente praticados pelo paciente).*

8. Está ciente que durante o transcurso do procedimento, operação, exame ou tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos/instrumentos de observação invasivos, os quais foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento, havendo consentimento para o uso.

9. Está ciente que os medicamentos que o paciente terá que tomar podem ocasionar complicações e provocar reações diversas, inclusive adversas no organismo. Assim, é entendido que o Paciente e/ou Responsável deve(m) informar previamente ao Médico o uso de todo e qualquer outro medicamento que está consumindo, incluindo, dentre outros, *aspirinas, medicamentos para resfriados, vitaminas, drogas ilícitas, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão ou outras drogas lícitas*. Além disso, deve o paciente informar previamente sobre eventual alergia a medicamento ou alimento.

10. Está ciente e autoriza a realização de procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis para afastar eventual perigo de morte apurado, inclusive a suspensão, complementação, extensão ou alteração

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA PLÁSTICA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE DE MAMA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

do procedimento cirúrgico originalmente proposto, se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, a critério do julgamento técnico-profissional no momento.

**11.** Fui informado que para acompanhar a evolução do paciente é necessária a realização de exames laboratoriais, radiológicos, de medicina nuclear, entre outros, bem como que após a alta médica é programado um controle periódico para acompanhamento do paciente.

**12.** Fui cientificado que o tratamento proposto e autorizado necessita de acompanhamento e cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos corretamente, assumindo o paciente o compromisso de cooperar com o médico responsável pelo tratamento e de comunicar a ele ou a outro profissional, de modo imediato, a ocorrência de qualquer situação de saúde diversa da normalidade, tais como febre, sangramento, dor, tontura, rompimento de pontos, dentre outros estados anormais, ocasião na qual deverá buscar atendimento médico imediato.

**13.** Fui cientificada da importância de aceitar e seguir as determinações médicas dadas oralmente ou por escrito, pois estou consciente de que sem a realização disso ficará comprometido o trabalho do profissional médico e o resultado do procedimento cirúrgico, além de pôr em risco a saúde e o bem estar da Paciente ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

**14.** Fui cientificada pelo médico de que a Paciente ficará com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e independem da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais do organismo de cada Paciente. O cirurgião fará tudo o que estiver ao seu alcance para minimizar os resultados da cicatriz.

**15.** Está ciente que para realizar a cirurgia plástica será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.


**16.** Por meio do presente documento é dado o consentimento e a autorização para transfusão ou administração de sangue ou seus componentes, assim como de medicamentos durante a cirurgia ou hospitalização, quando o médico cirurgião e sua equipe entender necessário. É entendido que não há garantias quanto à transfusão de sangue, seus componentes ou medicamentos.

**17.** Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens obtidas em treinamentos e/ou pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade da paciente.

**Autorizo o médico e o HBB a realizar a publicação de imagens, registros fotográficos e vídeos sobre o antes, o durante e o resultado após o procedimento, para fins de treinamentos, pesquisas e divulgação em geral, inclusive em mídias sociais como Instagram, Facebook e outras.**

**18.** Estou ciente que uma cirurgia plástica pode necessitar de retoques, abrangendo o presente consentimento também para eventuais cirurgias que demandem isso.

**19.** O paciente utilizou-se de livre escolha sobre o profissional médico que irá executar o procedimento cirúrgico, algo que fez previamente ao ingresso nas dependências do hospital, após ter consultado com o profissional em seu consultório privado, ocasião na qual também conversaram sobre as particularidades da cirurgia em questão.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA CIRURGIA PLÁSTICA COM COLOCAÇÃO          DE PRÓTESE DE MAMA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

20. Houve ampla oportunidade para a paciente perguntar sobre todas as questões pertinentes ao procedimento, tendo sido todas elas respondidas de forma completa e satisfatória.

21. Fui informada que após a alta hospitalar a paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar dano à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento realizado.

22. *Riscos específicos do uso de PRÓTESE DE MAMA: Aceito o fato de que a utilização de prótese de mama, por mim solicitada, expõe a possibilidade de um futuro endurecimento, modificação da forma, perda da sensibilidade e dor local, ocorrências estas que podem ser uni ou bilaterais, sendo devidas exclusivamente ao silicone e à reação particular do meu organismo àquela substância. Este fenômeno (denominado por retração capsular) me foi claramente explicado pelo(a) médico(a) cirurgião, que enfatizou a minha necessidade de conhecer e aceitar este risco, antes de me submeter à cirurgia de colocação de prótese mamária. Estou ciente que a prótese de mama pode possuir prazo de validade, variável conforme o produto escolhido, bem como que a não substituição da prótese após a expiração da sua validade pode acarretar no rompimento desta e dano a minha saúde. Com a assinatura deste termo de consentimento manifesto a minha aceitação destes riscos e o fato de que a ocorrência daqueles fenômenos implicará na necessidade de nova(s) cirurgia(s) com troca de prótese, sabendo que esta(s) nova(s) cirurgia(s) poderá(ão) ou não resolver o problema, podendo em certos casos ser preciso efetuar a retirada total e definitiva das próteses, ficando, então, as mamas de tamanho menor e com forma diferente da anterior à colocação da prótese. Estou ciente que esta(s) nova(s) cirurgia(s) e próteses implicarão em custos adicionais para a paciente, bem como a nova submissão aos riscos inerentes do procedimento cirúrgico.*

23. Compreendi todo o conteúdo deste Termo de Consentimento, estando a paciente de acordo com suas disposições, bem como que compreendi que a medicina não é uma ciência exata e que nenhuma pessoa fez qualquer promessa ou deu garantias quanto ao resultado do ato médico ou a permanência dos resultados atingidos.

24. A assinatura no presente documento representa o consentimento livre e espontâneo na realização da intervenção cirúrgica estética, bem como a concordância com os riscos inerentes ao procedimento e o comprometimento em seguir as orientações das condutas pré e pós-operatórias.

25. Ciente e de acordo com as condições acima descritas, as quais declaro que li previamente, **AUTORIZO** a realização de **CIRURGIA PLÁSTICA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE DE MAMA**, bem como assumo conscientemente os riscos inerentes desse procedimento cirúrgico.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pela Paciente**

Quando a paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**