 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA          REPARADORA</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 CIRURGIÃO:</b>
<b>CRM DO MÉDICO:</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Fui informado(a) sobre o resultado dos exames e avaliações realizados previamente que revelaram a(a) seguinte(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico(s) (descrever o diagnóstico): \_\_\_\_\_

---



---

2. Fui informado(a) que diante do(s) diagnóstico(s) acima mencionado(s) a indicação é a realização do(s) procedimento(s) denominado(s) por CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA (nome do procedimento a ser realizado): \_\_\_\_\_

---




---

3. Fui informado(a) que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado/desejado, tendo em vista que a obtenção do resultado esperado/desejado depende de diversos fatores, tais como, mas não limitado a isso: *condições orgânicas do corpo humano do paciente, comprometimento do paciente em seguir o tratamento pré e pós cirúrgico, gravidade da lesão sofrida (quanto mais grave, maior a dificuldade de recuperação e maior a probabilidade de ocorrência de sequelas), dentre outras*. A ausência de garantia de resultado é tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência ou a permanência dos resultados atingidos;

3.1. Estou ciente e aceito o fato de que em razão do trauma que sofri é possível que, mesmo após a realização da cirurgia plástica reparadora, persistam sequelas no local afetado, bem como aceito o fato de que o local afetado poderá não ter a mesma aparência e/ou funcionalidade em comparação com aquela existente antes do trauma;

3.2. Estou ciente e aceito o fato de que o objetivo da cirurgia plástica reparadora é o de tentar corrigir lesões deformantes ou adquiridas em razão de trauma sofrido pelo paciente, de modo a tentar aprimorar, restabelecer ou recuperar as funções do paciente de forma mais próxima possível do normal; ou seja, aceito o fato de que a cirurgia plástica reparadora não possui objetivo estético.

4. Fui informado(a) e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica, ciente de que este documento

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

não consegue abordar todos os riscos que envolvem o ato médico, porém cita os mais comuns ou frequentes;

**5.** Fui informado(a) que sobre todos os atos e detalhes que compõem o procedimento cirúrgico de modo claro, objetivo e completo, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter as respostas, as quais julguei suficientes;

**6.** Fui orientado(a) a respeito de todos os cuidados pré e pós operatórios que deverão ser cumpridos rigorosamente, bem como fui informado(a) a respeito das possíveis intercorrências anestésicas ou cirúrgicas deste(s) procedimento(s), entre elas, resumidamente: *equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais), sepse (infecção grave), necroses de tecidos, deiscência (ruptura) de pontos, irregularidades de superfície, assimetrias, alterações neuromusculares, problemas vasculares, tromboembolia, reações alérgicas de maior ou menor intensidade, amputação de membro, alterações cicatriciais como quelóides e cicatrizes hipertróficas, além de alterações de coloração das mesmas, dor, perda ou dificuldade de movimento(s), perda ou diminuição da capacidade para o trabalho, perda de sentido(s), arritmia, choque anafilático, e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) cirúrgico(s) proposto(s);*

**7.** Fui informado(a) que além das intercorrências anteriormente mencionadas o(s) procedimento(s) cirúrgico em questão poderá causar:

**7.1** *Cicatriz permanente, de percepção maior ou menor dependendo do tipo de procedimento cirúrgico realizado, ou outros sinais permanentes;*

**7.2** *Inchaço e/ou edema na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;*

**7.3** *Manchas ou equimoses na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes;*


**7.4** *Cicatrização patológica, tais como quelóides e cicatriz hipertrófica, dependendo das características intrínsecas e da susceptibilidade individual;*

**7.5** *Descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, sendo muito raro estas alterações ser permanentes;*

**7.6** *Líquidos: sangue (hematoma) e/ou secreções (seroma) podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico; infecções, localizadas ou não, podendo ser acompanhadas da deiscência (desprendimento) dos pontos cirúrgicos;*

**7.7** *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;*

**7.8** *Cirurgias que envolvem os dois lados do corpo comumente podem necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos; podem ainda causar assimetrias discretas ou irregularidades de superfície;*

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

**7.9** Poderá ocorrer, 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, conforme suas condições orgânicas;

**7.10** Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de retoques, ou uma pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado, o que pode depender da evolução do tratamento conforme as condições orgânicas pessoais de cada indivíduo;

**7.11** Problemas vasculares, neuromusculares, trombo-embolia, reações alérgicas e até mesmo ÓBITO / MORTE do paciente podem ocorrer;

**7.12.** Redução ou cessação da capacidade para o trabalho ou de movimento do membro afetado, ou até mesmo a necessidade AMPUTAÇÃO do membro afetado.


**8.** Fui informado(a) que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO / MORTE do paciente ou causar uma incapacidade motora ou funcional permanente ou temporária ou uma perda de sensibilidade permanente ou temporária, pois são riscos inerente do procedimento cirúrgico.

**9.** Estou ciente que dependendo da gravidade da lesão ou de intercorrência surgida, pode ser necessária a internação do paciente em leito de UTI, cuja disponibilidade de vaga é variável conforme a taxa de ocupação da unidade. Em razão disso, bem como por questões técnicas, poderá ser necessária a transferência do paciente para local com condições adequadas para a realização do atendimento, inclusive, para hospitais de outros municípios;

**10.** Fui informado(a) que o uso de cigarros, de bebidas alcoólicas, de drogas ilícitas, de medicamentos anticoagulantes e de corticoides, pode ser a causa de complicações cirúrgicas e pós cirúrgicas, ou comprometer o resultado do tratamento. A diabetes, a anemia, o sedentarismo e a obesidade também podem comprometer o tratamento. Por isso, se o(a) paciente se enquadra em uma ou mais dessas hipóteses, bem como se possui alergia a determinado medicamento ou alimento, isto deve ser informado ao médico cirurgião previamente ao ato cirúrgico;

**11.** Fui informado(a) de que todas as medidas técnicas e de segurança disponíveis no hospital serão tomadas pelo(a) médico(a) cirurgião e pela sua equipe objetivando reduzir ao mínimo possível os riscos do ato médico cirúrgico e buscando os melhores resultados possíveis para o tratamento proposto, dentro da capacidade técnica e física dos recursos disponíveis na estrutura do hospital, habilitada pela SUS, no momento em que executado o ato. Estou ciente e aceito o fato de que no caso de tratamento pelo SUS, a realização de atos médicos e hospitalares está condicionada à existência de habilitação prévia concedida pelo Poder Público. Portanto, aceito o fato de que caso o Hospital Bruno Born não possua habilitação para execução de determinado ato pelo SUS, o paciente será transferido para o serviço médico-hospitalar de referência pelo SUS para início ou continuidade do tratamento, assim que reunir condições técnicas para tanto;

**12.** Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, autorizando a suspensão ou a modificação do ato médico inicialmente proposto, bem como a realização de transfusão de sangue e hemoderivados, se necessário;

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

**13.** Concordo em cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho já realizado, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes, que podem influenciar no resultado do tratamento;

**14.** Fui informado que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Estou ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos ao paciente e/ou comprometer o resultado do procedimento.

**15.** Fui informado que após a alta hospitalar o 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.

**16.** 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 do 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.**

**17.** Estou ciente que posso sofrer a limitação da execução das minhas atividades cotidianas e profissionais por período de tempo indeterminado para recuperação cirúrgica ou do tratamento, bem como estou ciente de que, para uma evolução satisfatória dos resultados pós-cirúrgicos após a alta hospitalar, necessito buscar acompanhamento médico periódico e de profissionais especializados inclusive de outras áreas da saúde, como, por exemplo, de fisioterapeuta, nutricionista ou psicólogo;

**18.** Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação clara quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo elas, **AUTORIZO** a execução de **CIRÚRGIA PLÁSTICA REPARADORA**, assumindo os riscos inerentes desta.

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o 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**