
 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA DE          AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE          SILICONE NAS MAMAS</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA o que segue:

- Fui informado(a) pelo médico(a) que o procedimento em questão consiste na colocação de próteses de silicone na região das mamas, mediante prévia incisão cirúrgica local, com anestesia, conforme protocolo próprio a cargo do médico anestesista;
- Fui informado(a) pelo médico(a) que em razão da execução do procedimento acima poderá ocorrer, dentre outros problemas ou riscos: **a) hipersensibilidade das aréolas após a colocação de implantes mamários, sendo este um evento geralmente temporário e raramente definitivo;** **b) hematoma (sangramento e acúmulo de sangue na região onde o implante foi colocado) após a cirurgia, o que pode necessitar de drenagem cirúrgica em ambiente hospitalar;** **c) seroma (líquido amarelado que é secretado pelo organismo como reação a presença da prótese) após a cirurgia, o que pode ocasionar a abertura dos pontos com a drenagem espontânea do líquido. A deiscência (abertura) dos pontos com fio cirúrgico pode necessitar de resutura (nova sutura) e neste caso existe risco aumentado de infecção e perda do implante mamário;** **d) ocorrência de rejeição da prótese pelo organismo, demandando a realização de nova(s) cirurgia(s), inclusive, com a possibilidade de troca ou retirada definitiva da prótese;** **e) ocorrência de infecção, necessitando a realização de novos procedimentos, inclusive, cirúrgicos;**
- Fui informado(a) pelo médico(a) que em casos específicos poderá ser necessário o **uso de drenos** para diminuir o acúmulo de líquidos/sangue na região operada, os quais serão retirados conforme a diminuição do débito dos mesmos, em média entre um e cinco dias após a cirurgia;
- Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer a **formação de estrias** nas mamas após a colocação de implantes mamários, principalmente em mamas muito pequenas, em pacientes que não tiveram filhos e no caso de implantes muito grandes;
- Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver **infecção / rejeição de implantes mamários**, levando à formação de seromas (líquido entre o implante e a mama), contraturas, deslocamentos e rotura, com possível deformação da mama e perda do resultado estético inicialmente obtido. Estas reações podem ocorrer uni ou bilateralmente, em período precoce ou tardio após a cirurgia, e em muitos casos, pode haver a necessidade de uso de antibióticos, drenagens e até a troca precoce ou retirada definitiva dos implantes;
- Fui informado(a) pelo médico(a) que os fabricantes dos implantes de silicone garantem sua alta qualidade, mas **não é possível prever sua durabilidade**. Em geral a troca é feita em tempo indeterminado após a sua colocação, tendo como base queixas clínicas de desconforto local,

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA DE          AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE          SILICONE NAS MAMAS</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

endurecimento, aumento de sensibilidade e de exames diagnósticos específicos, estando a paciente ciente desta possibilidade. **Caso seja necessária a troca do(s) implante(s), uma nova cirurgia deverá ser realizada, com novos custos hospitalares e médicos por conta da paciente;**

7. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **dificuldade na visualização completa das mamas em exame de mamografia** quando existe a presença de implantes de silicone, mesmo quando colocados em plano submuscular. Por essa razão a paciente deve procurar serviços de diagnóstico com profissionais treinados na realização de MANOBRAS ESPECIAIS que permitem resultados diagnósticos semelhantes àqueles realizados em pacientes que não possuem implantes de silicone nas mamas;

8. Fui informado(a) pelo médico(a) que a melhora a ser obtida será baseada na **situação inicial pré-operatória individual**, e não em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza;

9. Fui informado(a) pelo médico(a) que como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente e com **intensidade variável**, na dependência de reação tecidual própria de cada paciente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e / ou diminuir as cicatrizes, de forma a torná-las menos visíveis. Fui informada que pode ocorrer **assimetria** dos seios com implantes, caso não siga rigorosamente as orientações médicas pós-cirúrgicas;

10. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **alargamento de cicatrizes** após a cirurgia, com deterioração de um bom resultado inicial, podendo necessitar de um retoque cirúrgico posterior;

11. Fui informado(a) pelo médico(a) que no caso de **cicatrizes queloidianas ou hipertróficas**, no qual o tratamento clínico com massagens, fitas de silicone e infiltração com corticóides não for efetivo, poderá ser necessário o retoque cirúrgico de cicatrizes em ambiente ambulatorial / hospitalar e o tratamento adjuvante com betaterapia ou roentgenterapia das áreas afetadas;

12. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver **inchaço** (edema) nas áreas operadas, que eventualmente pode permanecer por semanas e menos frequentemente por meses;


13. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver **manchas** na pele (equimoses), que eventualmente permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e muito raramente serão permanentes;

14. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver **descoloração ou pigmentação** cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais frequente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;

15. Fui informado(a) pelo médico(a) que eventualmente, **líquidos, sangue e/ou secreções**, podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico, até mesmo em mais de um tempo;

16. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos;

17. Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica (necrose) e **deiscência** (abertura dos pontos) da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares,

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE SILICONE NAS MAMAS</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

podendo necessitar para sua reparação de tratamento clínico com curativos e novo(s) procedimentos(s) cirúrgico(s), com resultados apenas paliativos em casos extremos;

**18.** Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer um **processo infeccioso** na área operada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas, retirada do implante e internação hospitalar, inclusive, em leito de UTI;

**19.** Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **trombose das veias das pernas** após qualquer cirurgia, levando à necessidade de tratamentos medicamentosos prolongados, uso de meias compressivas e até de internação hospitalar. Os riscos desta complicação estão relacionados a diversos fatores que incluem: tempo prolongado de cirurgia, obesidade, diabetes melitus, tabagismo, doenças hematológicas, reumatológicas e doenças cardiovasculares incluindo arritmias do coração e varizes de membros inferiores, presença de neoplasia, uso de anticoncepcionais e reposição hormonal, imobilização no leito, cirurgia em pelve, associação da cirurgia plástica com cirurgia ginecológica/ortopédica entre outras. Uma pequena porcentagem de pacientes que desenvolvem trombose venosa profunda podem evoluir com **embolia pulmonar**, que em casos graves pode levar à insuficiência respiratória aguda e ao óbito;

**20.** Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá haver a necessidade de **transfusão sanguínea**, em caso de hemorragias, cirurgias de grande porte e em decorrência de processos infecciosos, devendo o (a) paciente estar ciente de que este tratamento somente será realizado em caso de extrema necessidade, o qual fica, contudo, desde já autorizado pela paciente;

**21.** Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de paciente para paciente, conforme condições orgânicas pessoais;


**22.** Fui informado(a) pelo médico(a) que poderá ocorrer **alergia** aos fios utilizados nas cirurgias, bem como a materiais utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;

**23.** Fui informado(a) pelo médico(a) que toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retóques ou pequena cirurgia complementar**, para atingir um melhor resultado, normalmente, a ser executada no prazo de 6 meses após a implantação da prótese;

**24.** Fui informado(a) pelo médico(a) que ocasionalmente poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos. O conhecimento e o entendimento das informações acima mencionadas são muito importantes antes da realização de qualquer Cirurgia Plástica;

**25.** Fui informado(a) pelo médico(a) que existem fatores na evolução da cirurgia que não dependem da atuação do cirurgião plástico e, portanto, a cirurgia é caracterizada como uma obrigação de meio, motivo pelo qual **não é possível garantir a obtenção de resultados**.

Assim, por exemplo, mas não se resumindo a isso, a qualidade de cicatrização que o(a) paciente irá apresentar está intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir;

 <p>HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida</p>	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE SILICONE NAS MAMAS</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

26. Fui informado(a) pelo médico(a) que como resultado da cirurgia **existirá uma cicatriz**, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para torná-la o menos evidente possível. A colaboração plena do(a) paciente, através do seguimento das instruções dadas pelo cirurgião, no pós-operatório, também se reveste de grande importância na obtenção de resultados satisfatórios;

27. Fui informado(a) pelo médico(a) que as **cicatrices são consequência da cirurgia**, portanto cabe a paciente ponderar bastante quanto à conveniência de conviver com elas após a cirurgia;

28. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) que este e a sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos disponíveis na estrutura do hospital para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que a Medicina não é uma ciência exata, motivo pelo qual fica impossível prever ou garantir matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica.

Por isso, eu, paciente, compreendo e aceito o fato de que no procedimento cirúrgico em questão não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual”, ou ainda quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos.


Além disso, fui informado(a) de que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, **podem surgir circunstâncias complicadas e imprevistas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do(a) paciente**. Fui informado(a) ainda de que os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;

29. Me comprometo a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar. Comprometo-me em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar ou prejudicar os resultados do procedimento cirúrgico;

30. Estou ciente e de acordo que eventual necessidade de **retoques cirúrgicos** acarretará em custos adicionais, referentes às despesas médico-hospitalares, as quais não estão cobertas pelo procedimento cirúrgico inicial;

31. Estou ciente que o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, anemia, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, uso crônico de corticóides, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização e obtenção de resultados satisfatórios;

32. Estou ciente de que devo **informar previamente ao cirurgião a minha história pessoal e familiar de saúde física e mental**. Além disso, estou ciente de que devo informar previamente a existência de alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e a poeira, bem como se sou portador de alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas à minha saúde. Estou ciente que a falha na informação prévia pode resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias, comprometendo o resultado do tratamento;

 <p>HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida</p>	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE SILICONE NAS MAMAS</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**33.** Estou ciente de que devo informar previamente todo e qualquer medicamento / droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal, bem como ingestão de bebida alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Compreendo que a minha falha na informação pode resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

**34.** Ciente do acima mencionado, eu, paciente, DECLARO que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que porventura existirem;

**35.** Autorizo o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médica – legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas. Autorizo o uso desses dados para fins científicos e acadêmicos de pesquisa, desde que a minha identidade não seja revelada;

**36.** Estou ciente de que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado. Estou ciente ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições de moradia (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e de deslocamento desfavorável (transporte público).

**37.** Estou ciente que após a alta hospitalar necessito evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do meu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento realizado.

**38.** Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito(a) com as informações recebidas e de acordo com as condições, AUTORIZO o médico(a) acima identificado(a) e demais profissionais médicos e auxiliares vinculados ao seu atendimento, a realizar o procedimento cirúrgico denominado de MAMOPLASTIA DE AUMENTO – COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE SILICONE NAS MAMAS, assumindo os riscos inerentes.

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



 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**