



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrita no CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento cirúrgico denominado **EXPLANTE MAMÁRIO (RETIRADA DE PRÓTESES MAMÁRIAS)**, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em __/__/__, pelo **Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____**, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro que o procedimento cirúrgico foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o procedimento.

1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:

- 1.1. Trata-se de um procedimento cirúrgico que tem como objetivo a retirada de implante mamário unilateral ou bilateral, devido à infecção por pseudomonas multirresistente, sendo indicada pela infectologia.
- 1.2. A incisão para realização do procedimento, sempre que possível, será realizada no mesmo local de incisão do procedimento cirúrgico anterior, para inclusão das próteses.
- 1.3. O procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para a paciente.

2. Dos Riscos e Complicações Inerentes ao Procedimento:

2.1. Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico, **sempre existirão riscos e complicações** que são inerentes à cirurgia, apesar de todos os cuidados dispensados pelo cirurgião, tais como:

- **Cirurgia secundária:** o resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente. **Dessa forma, pode haver a necessidade de nova cirurgia. Estou ciente de que tal procedimento, caso necessário, implicará em custos adicionais, que deverá ser arcado por mim;**
- **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele, retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem;
- **Dor:** poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente para paciente;
- **Inchaço:** poderá ocorrer inchaço na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;
- **Manchas:** poderá haver manchas na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes. Poderá haver também descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente, estas alterações poderão ser permanentes;
- **Seroma e Edema:** eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
- **Perda de sensibilidade:** poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo e que é variável de paciente para paciente;
- **Perda de vitalidade biológica:** poderá ocorrer 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;
- **Necrose de tecido:** pacientes que possuem cicatrizes anteriores, indivíduos fumantes, obesos, ex-obesos, diabéticos e pessoas com problemas circulatórios têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização. No entanto, esta complicação pode ocorrer mesmo sem



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

que haja um fator de risco identificável. O tratamento consistirá em curativos para estimular o fechamento espontâneo da lesão e, muitas vezes, poderá haver a necessidade de um retoque cirúrgico posterior;

- **Lesão a estruturas profundas:** estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;
- **Assimetria:** as mamas são naturalmente assimétricas. Fatores como tônus da pele, tônus muscular, proeminências ósseas, desvios de coluna vertebral e outros depósitos de gordura podem contribuir para a presença de assimetria corporal após a cirurgia;
- **Pontos (suturas) profundos:** como a técnica cirúrgica pode utilizar fios não absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície, causando algum tipo de incômodo ao paciente, que os levem a ser retirados pelo cirurgião;
- **Processo infeccioso:** poderá ocorrer na área operada ou em áreas distantes da cirurgia, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele da paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

- **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas mais sérias podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia (anestesia) ou no pós-operatório;
- **Anestesia:** todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e até mesmo óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação;
- **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizados, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação, a paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que a paciente informe ao anestesista, na ENTREVISTA PRÉ-ANESTÉSICA, a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente, se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.

2.2. Fui plenamente informada de que, após a cirurgia de retirada das próteses mamárias, poderei apresentar eventual flacidez remanescente.

2.3. Declaro que fui cientificada pelo médico sobre os riscos externos do procedimento, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos, por tempo prolongado.

2.4. Fui devidamente cientificada de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que, eventualmente, não impedem a realização de cirurgias, **podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente, no que tange ao processo de cicatrização.**

2.5. O fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos que, certamente, irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminui a expansão dos pulmões e causa acúmulo de secreções, que aumenta os riscos de pneumonia.

2.6. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta cirúrgica planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, **sem interferência do cirurgião ou de terceiros.**



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

2.7. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde da paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).

3. Da cicatrização:

3.1. Declaro que fui devidamente esclarecida de que, como resultado da cirurgia, haverá cicatrizes nos locais das incisões, que serão permanentes e que poderão ser maiores do que as da cirurgia de implante. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las o menos evidente possível.

3.2. Poderá haver complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, queloides, escurecimento, alargamento, abscesso (abertura de um buraco na pele) e necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

4. Das contraindicações:

4.1. É imprescindível que a paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez (se mulher), bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situações podem prejudicar sua recuperação.

4.2. Estou ciente de que o procedimento não é indicado em caso de:

- Pacientes mulheres que estejam grávidas e lactantes;
- Pacientes com doenças cardíacas;
- Pacientes com obesidade grave;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduos, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.

4.3. Serão analisadas, individualmente, situações como a faixa etária da paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias, como histórico familiar de câncer e uso de determinados medicamentos.

4.4. Para a realização do procedimento é necessária a avaliação de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos) para a constatação do perfeito estado de saúde da paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

5. Dos cuidados ANTES do procedimento:

- Responder com honestidade a anamnese;
- Estar acompanhada no dia da cirurgia;
- Não utilizar diuréticos e qualquer tipo de medicamento para emagrecer, bem como suspender o uso de aspirina ou remédios contendo AAS (ácido acetil-salicílico), vitamina E, Gingko-Biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;
- Não fumar nos 30 dias que antecedem a cirurgia e nos 30 dias de pós-operatório, lembrando que ainda assim as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- Realizar os exames prévios solicitados pelo médico assistente;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Se mulher, comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia. Nestes casos, o procedimento cirúrgico deverá ser transferido até a resolução do processo infeccioso;
- Mulheres que fazem uso de pílula anticoncepcional devem discutir com o médico a necessidade da suspensão do medicamento antes do procedimento;
- Obedecer às instruções dadas para a internação.

6. Dos cuidados APÓS o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Não realizar esforço no pós-operatório imediato, mantendo-se em repouso absoluto, pelo período indicado pelo médico;
- Evitar molhar o curativo durante os primeiros dias, caso assim seja recomendado pelo médico;
- Usar sutiã cirúrgico pelo período orientado pelo médico, durante 24 horas, dormindo com o mesmo, que funcionará dando sustentação à mama. Este sutiã não deverá ter arames ou costuras que possam

prejudicar a cicatrização;

- Não dormir de bruços, sob o risco de necroses e hematomas na área operada;
- Não levantar os braços acima da linha dos ombros, sob o risco de ocorrerem ulcerações e alargamento da cicatriz;
- Não dirigir;
- Não realizar esforços e atividades físicas de impacto;
- Evitar exposição solar, pelo período não inferior a um mês, após o procedimento e, após, fazê-lo com uso de filtro solar;
- Comparecer às consultas de revisão previamente agendadas.

6.1. Esforços físicos, relações sexuais, levantar os braços acima da linha dos ombros, dirigir, dormir de bruços e atividades físicas, **somente após a avaliação e liberação médica**, sendo o período variável de paciente para paciente.

7. Compromisso com o tratamento

7.1. Fui devidamente cientificada de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às consultas de revisão previamente agendadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento e as consequências dessa omissão no tratamento, **estou ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode ser considerado como abandono de tratamento.**

7.2. As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo médico, durante o pós-operatório. A critério médico podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

7.3. Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificada de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderá me trazer prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

8. Da Inexistência de Promessa de Resultado:

8.1. Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional ao ato cirúrgico.

8.2 O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

8.3. Estou ciente de que podem haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, perda ou ao ganho de peso, força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com a cirurgia e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.

9. Do compartilhamento de dados:

9.1. Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso.

9.2. Assim sendo, autorizo, na forma do art. 11 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados com quem julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

10. Da Autorização para uso da imagem:

Estou de acordo que sejam retiradas fotografias das regiões a serem tratadas, podendo ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

11. Das considerações finais:

11.1. Declaro, em prontuário, informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecida sobre as**



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente, sobre a qualidade de cicatrização.

11.2. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta cirúrgica planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros.

11.3. O procedimento cirúrgico não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de minha expectativa irreal.

11.4. Poderá ser necessária a assistência de outros profissionais médicos que não fazem parte da equipe cirúrgica, assim como a remoção de emergência para outra instituição ou terapia intensiva. Tais custos adicionais deverão ser suportados por mim.

11.5. Fui esclarecida de 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.

11.6. Por tal razão, AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como uso de hemocomponentes, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.

11.7. Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expresso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

TESTEMUNHAS:

TESTEMUNHA: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____