

TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento cirúrgico denominado **LIFTING FACIAL**, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em _____, pelo Dr. _____, CRM _____, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, 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, cujo objetivo é melhorar/amenizar os sinais visíveis de envelhecimento no rosto e no pescoço, tais como flacidez no terço médio da face, vincos profundos abaixo das pálpebras inferiores, vincos profundos ao longo do nariz, que se estende ao canto da boca, gordura que tenha baixado ou tenha sido deslocada, perda de tônus muscular na face inferior, podendo causar papada, pele frouxa e excesso de depósitos de gordura sob o queixo e a mandíbula.

1.2. São feitas incisões no começo do couro cabeludo, na região temporal, podendo ser dentro ou pré-pilosa, se estendendo em torno da orelha e terminando na parte inferior do couro cabeludo. O tecido subjacente é reposicionado, comumente nas camadas mais profundas da face, e os músculos são elevados. Uma segunda incisão, abaixo do queixo, poderá ser necessária para melhorar o aspecto de envelhecimento no pescoço. Suturas ou adesivos de pele são usados para fechar as incisões.

1.3. Após fechar as incisões, uma bandagem é colocada delicadamente em torno do rosto do paciente para minimizar o inchaço e os hematomas. Um dreno também poderá ser, temporariamente, colocado sob a pele, para drenar qualquer excesso de sangue e de fluido, que possam acumular.

1.4 O procedimento é realizado sob anestesia geral ou sedação intravenosa, cabendo a escolha ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para o 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 tais procedimentos, caso necessário, implicarão custos adicionais, que deverão ser arcados por mim;**
- **Dor:** 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; poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado).
- **Prurido:** poderá haver coceira nos 03 primeiros dias;
- **Fechamento incompleto dos olhos:** é normal nos 03 primeiros dias após a cirurgia;
- **Lacrimejamento:** pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema;
- **Visão embaçada:** pode ocorrer devido a pomada oftalmológica aplicada nos olhos, antes de dormir;
- **Alteração na lubrificação dos olhos;**
- **Exposição do branco do olho;**
- **Persistência de bolsas gordurosas;**
- **Alterações na acuidade visual:** em casos raros, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos;
- **Alterações nos cabelos:** quedas de fios, mudança do lugar das costeletas (em homens) ou alargamento da testa.
- **Grumos:** pequenos coágulos podem ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente 06 meses após a cirurgia;
- **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele, e pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo, inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem;
- **Inchaço:** poderá ocorrer inchaço nas áreas operadas que, eventualmente, pode permanecer por algumas semanas;
- **Descoloração:** Poderá haver equimoses (manchas roxas), descoloração ou pigmentação cutânea no pescoço e

ao redor dos olhos, desaparecendo em média após 20 dias. Manchas vermelhas podem ocorrer no “branco dos olhos”, mas logo desaparecem;

- **Perda de sensibilidade:** Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;
- **Seroma e Edema:** Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
- **Drenos:** apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte a cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.
- **Náuseas:** poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;
- **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 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;
- **Assimetria ou abaixamento do supercílio:** pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra poderão ser percebidas, geralmente já preexistentes). 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 facial após a cirurgia;
- **Lesão a estruturas profundas:** Estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;
- **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;
- **Retirada dos pontos:** iniciada após o 04º dia de cirurgia;
- **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 do 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 fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas mais sérias podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia 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, o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que o 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. Estou ciente de que, não é possível prever com exatidão, o aspecto final após a cirurgia, pois cada paciente apresenta características próprias na pele, as quais podem interferir na qualidade do resultado e, também na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios;

2.3. Fui devidamente orientada de que algumas rugas permanecerão e necessitarão de outros tratamentos opcionais complementares como **peeling (proporciona renovação da sua camada superficial, diminuindo as rugas), **toxina botulínica** (diminuir a contração muscular) e **preenchimentos** (atenua rugas ou sinais remanescentes à cirurgia).**

2.4. Fui devidamente cientificado 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. Estou consciente de que 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, diminuindo a expansão dos pulmões e com acúmulo de secreções, aumenta os riscos de pneumonia.

2.6. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, que pode 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. Compreendo que em qualquer procedimento cirúrgico **sempre existirão riscos.**

2.7. Declaro que fui cientificado pelo médico sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, 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.

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

3. Das cicatrizes:

3.1. Declaro que fui devidamente esclarecido de que, como resultado da cirurgia, restarão cicatrizes nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo, que serão permanentes. No início, poderão ser pouco elevadas firmes e avermelhadas, posteriormente, ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características da pele do paciente;

3.2. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

3.3. Poderão ocorrer complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso e necrose de pele. Tais problemas de cicatrização são causados por altera es enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

3.4. Embora o procedimento cirúrgico tenha o objetivo de corrigir imperfei es, tenho a consciência de que os resultados deixarão outros tipos de imperfei es, na forma de cicatrizes e marcas na pele, que fazem parte das consequências p s-cirúrgicas.

4. Contraindica es

4.1.   imprescindível que o paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez, bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situa es podem prejudicar sua recupera o.

4.2. A realiza o do procedimento não   indicada nos seguintes casos:

- Pacientes 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, situa es como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos (depressão, bipolaridade), patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

4.4. Para a realiza o do procedimento   necessária a avalia o de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos) para a constata o do perfeito estado de saúde do paciente. Eventuais altera es deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

4.5. Ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em pacientes com antecedentes semelhantes, tendo em vista que se trata de cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer apreensão e questionamento aos pacientes. Estas sensa es serão substituídas pela integra o de uma nova imagem, mais jovial, porém natural.

5. Cuidados ANTES do procedimento:

5.1. Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, antes do procedimento:

- Responder com honestidade a anamnese;
- Estar acompanhado no dia da cirurgia;
- Estar em jejum completo, pelo período determinado pelo médico;
- Não usar cremes faciais, nem maquiagem;

- Lavar com abundância os cabelos;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender Ômega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS (ácido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar, durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- Realizar os exames previamente solicitados pelo médico;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de líquidos saindo pelo bico dos seios, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia.;
- Obedecer a todas as instruções dadas para a internação.

6. Cuidados APÓS o procedimento:

6.1. Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, após o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Não toque nas áreas operadas;
- Dar preferência a ingestão de alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos 03 primeiros dias;
- Evite falar excessivamente nos 03 primeiros dias;
- Até o 03º dia use chá de camomila gelado, por 30 minutos, a cada 02 horas, enquanto estiver acordado;
- Não faça repouso excessivo, movimentando-se dentro de casa.
- Ao dormir, deitar de barriga para cima e não usar travesseiro;
- É recomendado o uso da touca (faixa de velcro) para maior conforto, principalmente ao dormir, devendo ficar confortável, sem apertar excessivamente a face;
- Após o 02º dia, a lavagem do cabelo será liberada com muito cuidado, usando água morna e *Soapex Cremoso*.
- O secador de cabelo pode ser usado com moderação, somente o manual com ar morno.
- Após o 07º dia serão liberados *shampoo e rinse* (antes, usar *Soapex*).
- Poderão ser utilizados cosméticos ou maquiagens para esconder as manchas provocadas pela cirurgia, após o 07º dia;
- Usar ataduras nas primeiras 24 horas ou pelo período indicado pelo médico;
- Utilizar meia elástica de compressão suave por 30 dias (só tirar para o banho) para prevenir trombose;
- Óculos, Tv e Leitura poderão ser usufruídos desde o 2º dia, desde que a vista não seja forçada;
- Retorno ao trabalho somente após 15 dias de pós-operatório;
- Dirigir somente após 10 a 15 dias;
- Após 60 dias, a natação será liberada, porém com óculos tipo usado em *Jet-ski*, para evitar compressão na área operada;
- Após 30 dias serão liberadas tinturas de cabelo e secador de salão;
- Utilizar somente os hidratantes e cremes de limpeza prescritos pelo médico;
- Caminhadas esportivas somente após 20 dias, evitando sol e utilizando óculos escuros);
- Será liberado o sol direto na face após 04 meses, desde que realizada a dermoabrasão associada à cirurgia, ou então, após 02 meses, se esta não foi associada.
- Utilizar protetor solar (FPS 30), além de chapéu e óculos. Não há contraindicação à exposição trivial ao sol, como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 05º dia de cirurgia;
- Se necessários, drenagem linfática e ultrassom, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico;
- Não praticar esforços físicos, pelo tempo determinado pelo médico;
- É imprescindível fazer a higiene com o uso de medicamentos como pomadas e cremes antissépticos, de acordo com as orientações médicas;
- Evitar coçar ou retirar crostas das cicatrizes;
- Evitar contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito, o contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos), pois poderá elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias;
- Comparecer às consultas de acompanhamento pós-operatório, previamente agendadas.

6.2. Somente após a liberação médica, o paciente poderá voltar a fazer esforços físicos, retornar as atividades físicas, e ter relações sexuais, sendo o período variável de paciente para paciente.

7. Do Compromisso com o tratamento:

7.1. Fui devidamente cientificado de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às sessões previamente agendadas e às consultas de revisões marcadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento às revisões e as consequências dessa omissão no tratamento, **estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas poderá ser considerado como abandono do 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, orais e escritas, anteriores e posteriores ao tratamento, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão trazer-me prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde. Fica desde já claro que toda e qualquer ordem será anotada no meu prontuário pelo médico responsável.

7.4. Comprometo-me a realizar os tratamentos pós-cirúrgicos recomendados pelo profissional médico, ciente de que deverei custeá-los, pois não estão inclusos no valor da cirurgia.

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.

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 poderá haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ao ganho de peso, à 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.

8.4. Após 06 meses, o paciente será submetido a novos exames e novas fotos para análise comparativa do resultado, recebendo alta da cirurgia, e sendo orientado sobre as etapas e tratamentos opcionais.

8.5. Em casos raros, poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e/ou da cicatriz (caso tenha tendência para formar queloides). Em alguns casos, poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior.

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 de uso da imagem

Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, que poderão 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 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 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. Fui esclarecido de que o resultado da cirurgia plástica ficará comprometido se houver variação no peso superior a 3 (três) quilos, seja perda ou ganho.

11.4. Declaro ter ciência de que o procedimento cirúrgico será contraindicado, caso seja constatada pelo cirurgião a impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de minha expectativa irreal.

10.5. Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, e comprometer o tratamento a que me submeto, podendo acarretar danos à minha saúde.

11.6. Fui esclarecido 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.

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

11.8. 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.**

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

_____, ____ de _____ de 20____.

Paciente / Responsável pelo paciente

TESTEMUNHAS:

Testemunha: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL



INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O objetivo da cirurgia conhecida como “*face lift*” ou, também, “*lifting de face*” é amenizar os sinais do envelhecimento facial, pois sabe-se ser impossível voltar a ter o mesmo aspecto facial dos anos de juventude. Ou seja, não será possível devolver-lhe a face que você tinha aos 18, 20, 30 ou 40 anos. Entretanto, será possível atenuar as marcas da maturidade, conferindo-lhe um aspecto mais agradável e mais descansado.

Portanto, é muito importante que você tenha uma clara compreensão das possibilidades e limitações do resultado desta cirurgia, antes de optar pela mesma. Primeiramente você deve estar ciente de que não é possível prever, com exatidão, o aspecto final após uma cirurgia de rejuvenescimento facial, pois cada pele e cada paciente apresentam características próprias, as quais podem interferir na qualidade do resultado final e, também, na duração dos sinais e sintomas pós-operatórios. Algumas rugas permanecerão e necessitarão outros tratamentos opcionais complementares como *Peeling*, toxina botulínica e preenchimentos. É possível, no entanto, atenuar os sinais do envelhecimento e da flacidez, proporcionado à sua face um aspecto mais descansado e bem disposto.

SOBRE OS OUTROS TRATAMENTOS COMPLEMENTARES

Para a complementação do seu rejuvenescimento, talvez sejam necessários outros tratamentos complementares, dentre os quais:

- 1) **Peeling** – que é a aplicação de substâncias químicas sobre a pele para a renovação da sua camada superficial, diminuindo a profundidade das rugas que permanecem após a cirurgia. Oferece uma boa melhora para a pele do tipo “*marcada pelo sol*”.
- 2) **Toxina botulínica** – usa-se a aplicação da toxina antirugas para diminuir as marcas musculares, principalmente na testa e, também, aquelas que aparecem durante o ato de sorrir, bem como os denominados “*pés de galinha*”. Embora o efeito deste tratamento seja, em média, de apenas 06 meses (podendo variar para mais ou para menos), todavia, sua ação beneficia muito a expressão e protege a pele de novas marcas, pois diminui a contração muscular.
- 3) **Preenchimento** – este pode ser realizado com várias substâncias, visando atenuar aquelas rugas ou sinais remanescentes à cirurgia e, ainda, resistentes aos *Peelings* e à toxina botulínica. De duração variável (em média de um a dois anos), são de grande efeito para o resultado final de um tratamento de rejuvenescimento.

Todos estes tratamentos e, ainda, as aplicações de *laser*, são possibilidades alternativas e só serão realizadas em pacientes que desejarem uma melhora adicional à sua face. Cada qual terá características, riscos e custos adicionais.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

Face Exposta – Normalmente ataduras são usadas nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Procure não se impressionar com seu aspecto após a cirurgia, pois o edema (inchaço) e as equimoses (manchas roxas) vão aparecer e são absolutamente normais nesta fase. Entretanto, dia após dia apresentarão melhora, até sua recuperação completa. Só então você poderá começar a ver o resultado obtido com a cirurgia.

Touca – ao sair da Clínica, você estará usando uma faixa de *velcro*, para seu maior conforto, principalmente ao dormir. Ela deve ficar confortável, sem apertar excessivamente a face.

Drenos – apenas dois drenos finos, saindo da região do couro cabeludo, estarão presentes sob a sua touca, mas serão retirados no dia seguinte à cirurgia, por ocasião do seu primeiro curativo.

Náusea – poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia;

Dor – a região operada ficará amortecida, sendo pouco frequente dor local. Poderá haver desconforto na região dos olhos (como se estivesse usando óculos de natação apertado), além de eventual prurido (coceira), por aproximadamente 3 dias.

Manchas Roxas (equimoses) – poderão estar presentes no pescoço e ao redor dos olhos, desaparecendo, em média, após 20 dias. Contudo, após 7 dias, você já poderá usar cosméticos para escondê-las.

Edema (inchaço) – é discreto, e dia a dia fica progressivamente menor. Será mais intenso pela manhã, podendo se localizar nas laterais do pescoço e na região dos olhos, dificultando o abrir das pálpebras, nos três primeiros dias.

Manchas Vermelhas – podem ocorrer no “branco dos olhos”, sendo até mesmo frequentes, mas logo desaparecem.

Fechamento Incompleto dos Olhos – é normal nos primeiros dias após a cirurgia.

Lacrimejamento – pode ocorrer nos primeiros dias, mas melhora com a regressão do edema.

Visão Embaçada – pode ocorrer e geralmente será devido à pomada oftálmica aplicada nos olhos, antes de dormir.

Grumos – pequenos coágulos poderão ser sentidos sob a pele, mas serão gradativamente absorvidos até, aproximadamente, 06 meses após a cirurgia.

Cicatrizes – as cicatrizes estarão nos locais que seu médico lhe mostrou nas consultas, antes da cirurgia, ou seja: nas pálpebras, na região anterior e posterior da orelha e, eventualmente, no cabelo e embaixo do queixo. No início, poderão ser pouco elevadas, firmes e avermelhadas. Posteriormente, ao longo de semanas e meses, essas cicatrizes ficarão cada vez mais discretas, dependendo das características de sua pele. Embora a imensa maioria dos(as) pacientes conviva bem com suas cicatrizes, nenhum cirurgião poder oferecer garantias sobre a qualidade final das mesmas. Esta é uma variável biológica, pois cada organismo cicatriza à sua maneira, portanto este é um risco que você precisa aceitar, antes de ter sua face operada.

Depressão – ansiedade e eventual depressão podem ocorrer em paciente com antecedentes semelhantes. A cirurgia de rejuvenescimento é uma cirurgia extensa, e que nos primeiros dias costuma trazer certa apreensão e alguns questionamentos para muitos(as) pacientes. Estas sensações são gradativamente substituídas pela integração de uma nova imagem, uma face que você nunca teve antes, mas que preserva os traços básicos de sua pessoa e de sua personalidade. Após sua recuperação você terá um aspecto mais jovial, porém natural, como se não tivesse sido operada. Sempre que necessário, procure seu médico, ele terá prazer em lhe oferecer o apoio que você precisa.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Não toque nas áreas operadas.
- Dieta – prefira alimentos moles, que não necessitem mastigação, nos três primeiros dias.
- Evite falar excessivamente nos três primeiros dias.
- Repouso – não faça repouso excessivo, movimente-se dentro de casa. Ao dormir não use travesseiro.
- Compressas geladas – até o 3º dia use chá de camomila gelado, por 30 minutos, a cada 2 horas, enquanto estiver acordado(a).
- Use a faixa enquanto lhe for confortável. Não deverá ficar apertada, nem fazer pressão no pescoço.
- Lavagem do cabelo – somente após o 2º dia, com muito cuidado, usando água morna e Soapex Cremoso. Secador, somente o manual e com moderação e ar morno.

- Meia Elástica (compressão suave) – deverá ser usada por 30 dias (só tirar para o banho); previne a trombose.
- Óculos, TV e Leitura – se você tiver condições de usufruí-los, estão liberados desde o 2º dia (sem forçar).
- Retirada dos pontos – inicia-se no 4º dia após a cirurgia.
- Trabalho – iniciar somente após 15 dias de pós-operatório.
- Caminhadas esportivas – somente após 20 dias (evite sol e use óculos escuros);
- Sol direto na face – só após 4 meses, se tiver sido realizada dermoabrasão associada à cirurgia. Ou, então, após 2 meses se esta não foi associada. Use sempre protetor solar (FPS 30), além de chapéu e óculos. Não há contra-indicação à exposição trivial ao sol como, por exemplo, ao atravessar uma rua, após o 5º dia da cirurgia.
- Maquiagem leve ou corretiva – somente após o 7º dia.
- *Shampoo* e *Rinse* – somente após o 7º dia (antes use *Soapex*).
- Dirigir – somente após 10 a 15 dias.
- Lentes de contato – somente após 15 a 30 dias.
- Natação – somente após 60 dias, porém com óculos do tipo usado em *Jet-ski*, para evitar compressão na área operada.
- Tintura de cabelo e Secador de Salão – somente após 30 dias.
- Hidratantes e Cremes de Limpeza – usar somente os prescritos por seu médico.
- Drenagem Linfática e Ultrassom – se necessários, serão indicados 10 dias após a cirurgia, e somente com profissionais recomendados por seu médico.

- **Atenção:** caso você tenha animal de estimação em casa (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros **20 dias** de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

Tenha sempre em mente que o bom resultado final da sua cirurgia também depende de você.

SOBRE A ALTA CIRÚGICA

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com sessão fotográfica para controle de qualidade dos resultados. Provavelmente, já receberá alta da cirurgia, e será orientado(a) sobre a segunda e terceira etapas **opcionais** (enxerto estrutural de células adiposas e *peeling* químico, se for inverno). Outros tratamentos, tais como toxina botulínica e/ou injeções de preenchimento, poderão, também, ser recomendados por seu médico.

Em alguns casos poderá haver a indicação de uma complementação da cirurgia realizada, conhecida como “*retoque*” ou “*refinamento*” do resultado final, o qual terá a finalidade de ajustar mais a pele, bem como melhorar algumas cicatrizes ou retirar resíduos de bolsa gordurosa na pálpebra inferior.

Estes são procedimentos muito menores em relação à cirurgia já realizada. Converse com seu médico sobre qual a época mais conveniente para a sua realização.

RISCOS

Além dos riscos gerais de toda e qualquer cirurgia e anestesia, a cirurgia de *Rejuvenescimento Facial* ainda apresenta os seguintes riscos: pequenas assimetrias entre uma pálpebra e outra (geralmente já preexistentes, mas não notadas pelo(a) paciente), lacrimejamento, exposição do branco do olho (*lagofalmo/ectrópio*), persistência de bolsas gordurosas, raras alterações na acuidade visual, com necessidade de mudança da lente ou dos óculos, alteração na lubrificação do olho, alterações no cabelo (queda de fios, mudança do lugar da costeleta [em homens] ou alargamento da testa), perda de área de pele (necrose), com consequente cicatriz ou mancha local, alteração na mobilidade da testa, edema (inchaço) persistente, assimetria ou abaixamento de supercílio, perda temporária do movimento de alguma região da face, lesão na glândula parótida, manchas claras ou escuras nas áreas de dermoabrasão, quelóides. O seu médico está à sua disposição para explicar cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, caso alguma destas situações infrequentes ocorram.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar

para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste *Termo de Consentimento*. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

DO CONSENTIMENTO :

De posse de todas as informações necessárias, **EU**,, declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, **dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a)**, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **REJUVENESCIMENTO FACIAL**, 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 anestesiológico 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 ser 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.

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.

Observações:

Local: **Data:**,,

.....
(assinatura da paciente)

.....
CPF

Testemunha 1:

.....
CPF

Testemunha 2:

.....
CPF