



**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, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE**

**Área tratada pela correção de cicatriz:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter à cirurgia de **CORREÇÃO DE CICATRIZ**, e todos os procedimentos que a incluem, a ser realizada em \_\_\_\_\_, pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, e pelos 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.** As cicatrizes são sinais visíveis, que permanecem após uma ferida ser cicatrizada, sendo resultado inevitável de lesão ou cirurgia, e seu desenvolvimento pode ser imprevisível. A má cicatrização pode contribuir para o surgimento de cicatrizes desfavoráveis.

**1.2.** O procedimento destina a minimizar a cicatriz, de modo que fique mais uniforme com o seu tom de pele e a textura circundante, além de minimizar os efeitos negativos de um processo de cicatrização inestético, provocado pelo próprio organismo da paciente, mas não tem qualquer garantia de resultado, justamente por depender de características fisiológicas de cada indivíduo.

**1.3.** Apesar de a correção da cicatriz proporcionar resultado estético mais agradável ou melhorar uma cicatriz que tenha má cicatrização, uma cicatriz não pode ser completamente apagada.

**1.4.** A remoção da cicatriz inestética será realizada por meio de uma incisão à sua volta, removendo-a completamente. Por fim, são fechadas as incisões por meio de suturas. Enxertos de pele ou expansão do tecido poderão ser necessários, dependendo da dimensão do procedimento.

**1.5.** De um modo geral, cicatrizes dentro de rugas, ou paralelas, apresentam melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas a articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

**1.6.** O procedimento 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 ao procedimento, apesar de todos os cuidados dispensados pela cirurgiã, 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;

• **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;

• **Manchas:** poderá haver manchas roxas, descoloração ou pigmentação na pele que, eventualmente, que desaparecerão em média após 15 a 20 dias;

• **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;

• **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 cirurgia, com resultados apenas paliativos;

• **Seroma e Edema:** Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;



**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*

• **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;

• **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, no 5º ou 6º dia, na face, e no 7º ou 8º dia, quando se localizarem em outras áreas do corpo;

• **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 fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório;

• **Crosta:** poderá ocorrer a formação de uma crosta sobre o local operado. Esta crosta não deve ser retirada e cairá sozinha;

• **Recidiva:** poderá ocorrer o surgimento de nova cicatriz inestética na área tratada, havendo necessidade de nova operação;

• **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. Exame anatomopatológico:** quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las juntamente com a requisição, ao laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou freezer).

**2.3.** As intercorrências anestésicas, cirúrgicas e pós-operatórias já listadas independem do atuar da cirurgiã. Portanto, não serão responsabilidade da médica as consequências financeiras do eventual atraso do retorno da paciente às atividades profissionais (lucros cessantes) decorrente destas.

**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.** 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.

**2.7. 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 com traços finos, nos locais das incisões feitas, que serão permanentes. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando em tempo variável a uma condição tão boa quanto a sua pele permitir;



**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*

**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.**

#### **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 com doenças infecciosas ativas;
- Pacientes com doenças do tecido conjuntivo.

**4.3.** 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.

#### **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;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender  mega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS ( cido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagula o e causar sangramentos;
- Estar em jejum completo, se assim for determinado pelo médico;
- 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;
- 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 infec o que surja na semana anterior   cirurgia.

#### **6. Cuidados APÓS o procedimento:**

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

- Seguir rigorosamente a prescri o médica;
- Ficar no domicílio por 08 horas, se foi usada apenas seda o na cirurgia;
- Retorno ao trabalho liberado após o 2  dia, se não afetar a área operada;
- Sol direto sobre a cicatriz, somente após 06 meses, usando protetor solar espesso ou, de preferência cobrindo-as com fitas de micropore, por 06 meses;
- Não trocar as fitas de micropore na primeira semana. Posteriormente, as mesmas serão trocadas por fitas de silicone ou de silicone gel, além de receberem massagem com creme específico   noite;
- Não praticar esforços físicos, pelo tempo determinado pelo médico;
-   imprescindível fazer a higiene com o uso de medicamentos como pomadas e cremes antissépticos, de acordo com as orienta es médicas;
- Liberado banho no 2  dia após a cirurgia. Evitar molhar as fitas de micropore; se necessário, sec -las com secador de cabelo em temperatura morna;
- Limitar os movimentos que possam forçar a área tratada e as suturas;
- Evitar coçar ou retirar crostas das cicatrizes;
- **Esportes que envolvam a área operada (muscula o para braços, ombro, peitoral e dorso, nata o, aeróbica)** – somente após 04 meses;
- Evitar ao máximo realizar exercícios físicos, rela es sexuais, exposi o solar e situa es que possam causar traumatismos locais;
- Comparecer às consultas de acompanhamento pós-operatório previamente agendadas.
- Evitar contato com animais de estima o por pelo menos 20 (vinte) dias de p s-operatório. O contato com qualquer tipo de secre o (especialmente a saliva de cães e gatos) podem elevar o risco de contrair uma infec o com consequências potencialmente sérias.



**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*

## **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 pode 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 pela médica, durante o pós-operatório. A critério do 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.** Após a cirurgia, o acompanhamento de seu caso, indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticoide, radioterapia dentre outros.

**7.5.** Comprometo-me em realizar os tratamentos pós-cirúrgicos recomendados pelo profissional médico, ciente de que devo 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.** Aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora ou mesmo a permanência dos resultados atingidos.

**8.4.** O resultado final se dará após o 6º mês, quando o paciente será submetido a novos exames e novas fotos para análise comparativa do resultado.

**8.5.** Em casos raros, poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e/ou da cicatriz. O paciente deverá marcar com seu médico qual a época mais conveniente para sua realização.

## **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:**

**10.1.** 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 esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente, sobre a qualidade de cicatrização.**

**11.2.** 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.

**11.3.** 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.

**11.4.** 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.



**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*

**11.5. Por tal razão, AUTORIZO a cirurgiã, 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.**

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

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da paciente/Responsável**

**TESTEMUNHAS:**

Testemunha: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Ass: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Ass: \_\_\_\_\_

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

**OBJETIVO:** Melhorar, se possível, o aspecto de cicatrizes preexistentes e/ou remover lesões da pele.

**SOBRE AS CICATRIZES:** toda cicatriz é resultado de um grande número de fatores como cor e tipo de pele, idade, relação e reação pessoal às rugas, às articulações e várias outras particularidades. Isso porque, cada local do corpo humano possui pele ou características diferentes, sendo portanto, inconclusivas quaisquer comparações entre cicatrizes em locais diferentes ou no mesmo local, mas em diferentes pessoas.

De um modo geral cicatrizes dentro de rugas ou paralelas a estas apresentaram melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas às articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

**TRATAMENTOS COADJUVANTES:** após a cirurgia, o acompanhamento mensal do seu caso indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticóide, radioterapia, dentre outros.

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

**Cicatriz** – após a cirurgia, a cicatriz será um traço fino. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando, em tempo variável, a uma condição tão boa quanto sua pele permitir;

**Fitas de Micropore** – estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento e a presença de coágulos sob elas. Não trocar as fitas na primeira semana. Mais tarde, serão depois trocadas por fitas de silicone ou de silicone gel, além de receberem massagem com creme específico à noite.

**Dor** – pouco intensa;

**Edema (inchaço)** – pode ocorrer na região operada, e também em volta dela;

**Equimoses (manchas rochas)** – são infrequentes, mas podem ocorrer até em locais pouco distantes da região operada, desaparecendo, em média, após 15 a 20 dias;

**Repouso** – não é necessário repouso adicional;

**Dieta** – Livre

**Andar** – Livre, porém se a cirurgia for mais séria, limite-se a fazer caminhadas e subir escadas só o necessário;

**Banho** – Liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas de micropore; se necessário, secá-las com secador de cabelo em temperatura morna;

**Ficar no domicílio** – por 8 horas se foi usada apenas sedação para a cirurgia;

**Retirada de pontos** – geralmente não existem pontos externos. Quando estes forem empregados, serão retirados no 5º ou 6º dia, na face, e no 7º ou 8º dia, quando se localizarem nas outras áreas do corpo;

**Trabalho** – liberado após o segundo dia, se não afetar a área operada;

**Sol** – direto sobre a cicatriz, somente após seis meses, usando filtro solar espesso ou, de preferência, cobrindo-a com fitas de micropore, por 6 meses;

**Esportes** – liberado após o 4º dia, se não afetarem a área operada. Nos casos de revisão de cicatrizes em pernas e braços, para uma melhor possibilidade de melhora estética, deverá haver algumas restrições dos movimentos por um período de 1 a 2 meses;

**Esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombro, peitoral e dorso, natação, aeróbica)** – nas revisões de cicatrizes, somente após 4 meses;

**Exame anatomopatológico** – quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las, juntamente com a requisição, ao Laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou no *freezer*);

**Andar** – livre, porém, se a cirurgia for nas pernas, limite ao máximo a movimentação destas e evite escadas;

**ALTA COMPLETA** – após 6 meses, você será submetido(a) a uma nova consulta, ocasião em que serão tiradas fotos pós-operatórias e feito o controle de qualidade dos resultados. Se houver possibilidade de alguma melhora adicional, com algum retoque, este lhe será sugerido, podendo ser realizado na época que lhe for mais oportuna.

## RISCOS

- a) **Nas revisões de cicatriz:** permanência da cicatriz com características semelhantes ou até mais aparentes que a anterior, a qual motivou a cirurgia (cicatrizes alargadas, hipertróficas, queloidianas). Pode haver necessidade de nova cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do quelóide.
- b) **Na excisão de lesões:** recidiva (retorno) local da lesão, necessidade de reoperação para limpeza de margens comprometidas com neoplasia, cicatriz antiestética, possibilidade de necessidade de cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do quelóide.

O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um desses riscos e o que poderá ser feito caso estes eventos infrequentes ocorram.

**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.

**Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.**

## DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU, ....., declaro que fui total e claramente informada e, portanto, **dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a) ....., e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de REVISÃO DE CICATRIZES E/OU DE RETIRADA DE LESÕES**, 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 anestesiológista 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.

**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: ..... de ..... de 20.....

.....

(assinatura do(a) paciente)

.....

CPF

Testemunha 1: .....

.....

CPF

Testemunha 2: .....

.....

CPF