



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

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento denominado **TRANSPLANTE CAPILAR**, a ser realizado em _____ pelo(a) **Dr(a).** _____, CRM _____, e que todo o procedimento me foi previamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, tendo recebido todas as instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o tratamento.

1. Do procedimento e seu objetivo:

1.1. Trata-se de um procedimento, que tem como finalidade preencher e corrigir com enxerto as partes calvas do paciente utilizando fios de cabelos naturais do mesmo que serão retirados de suas áreas doadoras. Geralmente essas áreas estão localizadas próximas à nuca do paciente onde são encontradas maiores quantidades de fios saudáveis.

1.2. O procedimento consiste na retirada de uma faixa do couro cabeludo do paciente, de onde são retirados os fios saudáveis e implantados nas zonas calvas para formação de novos folículos onde irão gerar fios saudáveis. Após a retirada da faixa, o médico sutura a região.

1.3. Em torno de 15 dias todos os fios transplantados cairão, para poder dar crescimento aos fios definitivos.

1.4. O resultado final do procedimento pode demorar de 03 a 06 meses para ser visto, dependendo do tempo de crescimento capilar de cada paciente.

1.5. O procedimento é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para o paciente.

2. Principais Complicações e Riscos:

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:

- **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;

- **Baixa integração dos novos folículos:** Poderá haver o risco de alguns dos enxertos terem seu aparecimento e crescimento retardados, principalmente em pacientes diabéticos e pacientes fumantes.

- **Queda capilar:** poderá haver queda de alguns fios de cabelos preexistentes, devido a "insulto hormonal", conhecido como "*Eflúvio Telógeno*", sendo completamente reversível.

- **Crostas:** poderá haver pequenas crostas nas áreas transplantadas do couro cabeludo. Com a sucessão de banhos elas se tornam vulneráveis e caem naturalmente. As mais aderidas, poderão ser retiradas pelo médico;

- **Foliculite:** a presença de pequenas pústulas (que se parecem com espinhas inflamadas), são comuns até o 8º mês pós-cirúrgico e decorre do "cabelo encravado", podendo ser facilmente drenados pelo próprio paciente após orientação do médico;

- **Inchaço:** poderá haver inchaço frontal (na testa), discreto ou moderado, podendo evoluir para as pálpebras, durando no máximo 48 horas;

- **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;

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

- **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;

- **Pontos (suturas) profundos:** Como a técnica cirúrgica pode utilizar fios não absorvíveis, fragmentos



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*

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;

• **Alterações da 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.

• **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.

• **Retirada de pontos:** em tendo sido necessários pontos na área doadora, estes deverão ser retirados em torno do 10º dia após a cirurgia;

• **Resultado antiestético:** tal risco é mínimo se comparado a qualquer outro procedimento, pois, o paciente acompanha acordado e participa ativamente do procedimento;

• **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. Os cabelos transplantados normalmente caem no transcorrer dos primeiros 30 a 45 dias de pós-operatório, voltando a nascer num período semelhante ao da queda. A partir do 4º mês já poderá se notar o crescimento definitivo da maioria dos fios transplantados.

2.3. 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.

2.4. 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, aumento os riscos de pneumonia.

2.5. 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.

3. Das Cicatrizes:

3.1. Apesar de boas cicatrizes serem esperadas, praticamente imperceptíveis, existe a possibilidade que fiquem visíveis. Em casos raros, pode ocorrer a cicatrização excessiva (hipertrofica ou quelóide), demorada, com a necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica empregada.

4. Contraindicações:

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

4.2. A realização do procedimento não é indicada nos seguintes casos:

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



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*

4.3. Serão analisadas individualmente, situações como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos (depressão, bipolaridade), patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

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

5. Cuidados ANTES do procedimento:

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

- O paciente deverá tomar banho completo, lavando couro cabeludo, conforme orientação de seu médico;
- 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 de 01 semana antes da cirurgia, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos; Medicamentos como *Finasterida*; *5-alfa-estradiol* e *Minoxidil* deverão ser suspensos pelo menos 72 horas antes da cirurgia;

- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente 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 de uso contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Estar acompanhado no dia da cirurgia e chegar com 01 hora de antecedência;
- Efetuar jejum completo, caso determinado pelo médico;
- Levar todos os exames solicitados pelo médico;
- Comunicar qualquer sinal de resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia.
- Evitar roupas que necessitem passar pela cabeça, como camisetas;

6. Cuidados APÓS o procedimento:

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

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Manter repouso em cama ou cadeira reclinável, mantendo a cabeceira elevada por pelo menos 30 graus em relação ao restante do corpo, não realizando esforço no pós-operatório imediato; não há necessidade de repouso no leito, no dia seguinte à cirurgia;
- Não há restrição no posicionamento para dormir;
- Evitar alimentos muito pesados e fartas refeições nos primeiros dias;
- Dirigir veículos automotores somente após 48 horas da cirurgia;
- O banho poderá ser liberado no dia seguinte ao procedimento cirúrgico, devendo ser utilizado o sabão receitado para esta finalidade, deixando-o agir durante o banho, mas com o cuidado de não esfregar o couro cabeludo. Ao final, enxaguar bem, procurando não deixar resíduos de sabão;
- Não utilizar duchas fortes; O chuveirinho é o mais indicado;
- Secar o couro cabeludo sem esfregá-lo utilizando uma toalha de rosto limpa e macia, separada só para esta finalidade. Secadores de cabelo poderão ser utilizados, mas somente em temperaturas mornas. Para pentear o cabelo deverá ser utilizado um pente fino;
- Havendo curativos tipo touca ou turbante, seguir rigorosamente as orientações de seu médico para retirada dos mesmos;
- Deve-se evitar a realização de esportes com bolas (futebol, vôlei, basquete, tênis, squash, etc), por pelo menos 30 dias; outros exercícios aeróbicos devem ser evitados na primeira semana após a cirurgia;
- Não expor a área tratada ao sol por um período de pelo menos, 30 dias. Toucas de natação, banho de piscina e banho de mar também deverão ser evitados pelo mesmo período. Poderá utilizar chapéus ou bonés;
- As drenagens linfáticas do couro cabeludo, face e pescoço, embora não sejam obrigatórias, ajudam na redução do edema residual, e devem ser iniciadas no dia seguinte à cirurgia, repetindo-se, por, no mínimo 05 sessões.

7. Compromisso com o tratamento



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*

7.1. 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 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 pós-operatório, tendo sido cientificado 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 em meu prontuário pelo médico responsável.

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 novo procedimento.

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, pode 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.

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

11.2. Estou ciente de que, o procedimento é eletivo, sendo 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. Declaro ter ciência que o procedimento cirúrgico será contraindicado caso seja constatada pelo cirurgião a impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal do paciente.

11.4. 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.

11.5. Poderá ser necessária 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 pelo paciente.



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*

11.6. 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 se necessários.

11.7. 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 hemoderivados, 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 expreso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente/Responsável

TESTEMUNHAS:

Testemunha: _____

CPF: _____

Ass: _____

Testemunha: _____

CPF: _____

Ass: _____



TRANSPLANTE CAPILAR

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE:

NOME: _____ IDADE: _____
ENDEREÇO: _____

TELEFONES : () _____ - _____
CPF: _____ RG: _____

DECLARO QUE O DR. _____ EXPLICOU-ME E EU ENTENDI ACERCA DO PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE CAPILAR AO QUAL IREI ME SUBMETER.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Ao marcar a cirurgia, não tomar nenhum medicamento sem antes consultar seu médico assistente, especialmente aqueles que contenham *Ácido Acetil Salicílico (AAS)*; *Varfarina Sódica*; *Ginko-biloba* ou quaisquer outros medicamentos que interfiram na coagulação sanguínea; deverão ser suspensos com, pelo menos, uma semana de antecedência ao ato operatório e sempre com anuência e autorização dos médicos que os prescreveram. Medicamentos como *Finasterida*; *5-alfa-estradiol* e *Minoxidil* deverão ser suspensos, pelo menos, 72 horas antes da cirurgia.

Antes de ir para o Hospital ou Clínica, o paciente deverá tomar banho completo, lavando o couro cabeludo conforme orientação de seu médico assistente.

Procurar chegar ao Hospital ou Clínica, onde se realizará o procedimento, com, pelo menos, uma hora de antecedência do horário marcado para a cirurgia, atentando para o período de jejum solicitado pelo médico assistente.

Levar consigo todos os exames solicitados pelo médico assistente.

Evitar roupas que necessitem passar pela cabeça, como as camisetas.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Posição: ao chegar em casa, procure repousar em cama ou cadeira reclinável, mantendo a cabeceira elevada por pelo menos 30 graus em relação ao restante do corpo. Não há restrição no posicionamento para dormir.

Banho: se não houver nenhum tipo de curativo no pós-operatório imediato, o banho poderá ser liberado já no dia seguinte ao procedimento cirúrgico, devendo, porém, ser utilizado o sabão receitado para esta finalidade, deixando-o agir durante o banho, mas com o cuidado de não esfregar o couro cabeludo. Ao final, enxaguar bem, procurando não deixar resíduos de sabão.

Jamais utilizar duchas fortes. O chuveirinho que acompanha o chuveiro é o mais indicado nestes casos.

Secar o couro cabeludo sem esfregá-lo, utilizando uma toalha de rosto limpa e macia, separada só para esta finalidade. Secadores de cabelo poderão ser utilizados, mas somente em temperaturas mornas. Para pentear o cabelo deverá ser utilizado um pente fino.

Havendo curativos tipo touca ou turbante, seguir rigorosamente as orientações de seu médico assistente para retirada dos mesmos.

Esportes: evitar a prática de esportes com bola (futebol, vôlei, basquete, tênis, *squash* etc.) por, pelo menos, 30 dias.

Outros exercícios aeróbicos devem ser evitados na primeira semana após a cirurgia.

Banho de sol: evitar a exposição ao sol da área operada por um período de, pelo menos, 30 dias. Toucas de natação, banho de piscina e banho de mar também deverão ser evitados pelo mesmo período. Poderá utilizar chapéus ou bonés.

Recomendações: não há necessidade de repouso no leito, no dia seguinte à cirurgia.

A dieta é livre, porém com restrições a alimentos muito pesados e a fartas refeições. Dirigir veículos automotores somente após 48 horas da cirurgia.

Em tendo sido necessário pontos na área doadora, estes deverão ser retirados em torno do 10º dia após a cirurgia.

Atenção para o uso dos medicamentos tópicos e sistêmicos prescritos para o pós-operatório. Observar com atenção os horários dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os cabelos transplantados normalmente caem no transcorrer dos primeiros 30 a 45 dias de pós-operatório, voltando a nascer num período semelhante ao da queda. A partir do 4º mês já poderá se notar o crescimento definitivo da maioria dos fios transplantados. Não é raro alguns fios enxertados terem seu aparecimento e crescimento retardados.

Não é rara a queda de alguns fios de cabelo preexistentes. Este fenômeno se deve ao “insulto hormonal” desencadeado pelo trauma cirúrgico, e acontece numa proporção de 25% dos casos operados. Este fenômeno é conhecido como “Eflúvio Telógeno” e é completamente reversível.

Não são raras, também, a presença de pequenas crostas nas áreas transplantadas do couro cabeludo. Com a sucessão de banhos elas se tornam vulneráveis e caem naturalmente. As mais aderidas podem ser retiradas cuidadosamente pelo médico assistente e sua equipe.

A presença de foliculite (pequenas pústulas que se parecem com espinhas inflamadas), comuns até o 8º mês pós-cirúrgico, é normal e decorre do “cabelo encravado”, podendo ser facilmente drenados pelo próprio paciente após orientação do médico assistente. Embora raros, podem evoluir para uma maior reação inflamatória local, sendo necessária a pronta atuação do médico assistente para a drenagem dos mesmos. Em ambos os casos não há interferência no crescimento dos cabelos e no resultado final da cirurgia.

Um edema frontal (inchaço na testa), normalmente discreto ou moderado, aparece em 12% dos pacientes operados, podendo, em casos raros, evoluir para inchaço também nas pálpebras, durando, no máximo, 48 horas.

Normalmente, apenas 10% dos casos necessitam do uso de analgésicos no pós-operatório imediato.

As drenagens linfáticas do couro cabeludo, face e pescoço, embora não sejam obrigatórias, ajudam na redução do edema residual, e devem ser iniciadas no dia seguinte à cirurgia, repetindo-se por, no mínimo, cinco sessões.

Outras dúvidas, quando existentes, devem sempre ser tratadas com seu médico assistente ou sua equipe, para que não haja nenhum tipo de alteração na evolução do processo pós-operatório.

Sobre Dúvidas: antes de se definir pelo procedimento de *TRANSPLANTE CAPILAR*, e, em especial, antes de se internar para o procedimento em questão, 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 qualquer 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 procedimento de *TRANSPLANTE CAPILAR*, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

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 um procedimento, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para o tratamento proposto, 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 do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: ----- **CPF** -----

Testemunha 2: ----- **CPF** -----