

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO FRONTOPLASTIA

Paciente

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Registro Hospitalar: _____
RG: _____

Representante legal

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Parentesco: _____
RG: _____

Declaro que:

O doutor _____ me explicou e eu entendi que devo me submeter a:

Nome do Procedimento:

Frontoplastia.

Descrição Técnica do Procedimento:

A frontoplastia está indicada para melhora estética do processo de envelhecimento da fronte e glabella (testa), rugas e para queda de sobrancelhas.

São realizadas pequenas incisões na testa, próximo a linha do cabelo. Através destas incisões é descolada a pele e músculos do osso subjacente com uso de equipamentos de fibras ópticas. São realizados pontos de fixação nesse tecido para melhora das rugas e elevação das sobrancelhas.

Descrição dos Insucessos:

Em cerca de 5% das frontoplastias é necessária uma cirurgia revisional para corrigir alguma pequena alteração que esteja causando insatisfação ao médico ou ao paciente.

Descrição das Alternativas:

Esta cirurgia é indicada nos casos em que não melhoraram com tratamento clínico.

Descrição de Complicações do Ato Operatório:

Hematoma

Embora pouco freqüentes, quando acontecem devem ser drenados cirurgicamente imediatamente.

Paresia

Pode ocorrer alterações de movimentação de parte da face, geralmente transitórias.

Infecção da ferida cirúrgica

Melhora com uso de antibióticos e curativos locais.

Assimetria da fronte

Raro.

Descrição da Anestesia:

Foi-me explicado, e eu entendi, que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia LOCAL COM SEDAÇÃO sendo que devo realizar todos os exames solicitados pelo médico.

Descrição do Estudo Fotográfico Computadorizado:

Declaro estar ciente que como programação da cirurgia é necessário o estudo fotográfico computadorizado, sendo retiradas fotos em várias posições e feita uma projeção do resultado cirúrgico. Esse resultado é apenas uma previsão e não deve ser considerada uma promessa de resultado. Autorizo a realização e utilização das fotos para fins científicos, em educação do paciente e publicidade médica (publicação em revistas médicas e livros).

Condições Imprevisíveis:

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam

necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Declaro e confirmo que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento cirúrgico proposto.

Estou ciente que caso eu recuse a me submeter ao tratamento proposto continuarei recebendo os tratamentos alternativos possíveis para meu caso.

Declaro, também, ciência de que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento, o que, caso deseje, farei neste mesmo documento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a cirurgia **frontoplastia** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico e, voluntária e espontaneamente, autorizo a sua realização.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi todo o seu conteúdo.

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Cidade: _____, ____ / ____ / ____

Revogação de Consentimento:

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

Assinatura do Paciente