

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO
PREENCHIMENTO FACIAL**

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:

Preenchimento facial.

Descrição Técnica do Procedimento:

O preenchimento facial é realizado para correção de anormalidades na face, geralmente decorrente do processo de envelhecimento. O procedimento consiste na aplicação de um material orgânico (gordura) ou sintético (PMMA, ácido hialurônico) em sulcos e rugas da face para preenchê-los.

Descrição dos Insucessos:

Em alguns casos é necessária nova abordagem de preenchimento por questão de satisfação tanto do médico quanto do paciente.

Descrição das Alternativas:

Este procedimento é indicado nos casos em que não melhoraram com tratamento clínico (cremes dermatológicos).

Descrição de Complicações do Ato Operatório:

Infecção da ferida operatória

Resolvidas com uso de antibióticos e curativos locais.

Hematoma

Pode ocorrer acúmulo de sangue no local de aplicação

Isquemia e Necrose

Raramente pode ocorrer perda de pele em algumas regiões. Este fato se deve a complicações inesperadas e ocorre principalmente em fumantes.

Assimetria

A diferença entre os dois lados da face pode ocorrer, porém em geral são discretas e raramente necessita correção cirúrgica.

Descrição da Anestesia:

Foi-me explicado, e eu entendi, que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia LOCAL 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 **preenchimento facial** 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