

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO RINOPLASTIA

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:

Rinoplastia.

Descrição Técnica do Procedimento:

A função do nariz é conduzir o ar, tornando-o mais puro, úmido e aquecido e possibilitar que a pessoa perceba os cheiros. A função estética também é muito importante para a auto-estima e inserção do indivíduo na sociedade.

A rinoplastia é uma cirurgia realizada para a melhoria estética e funcional do nariz. Na grande maioria das vezes, o resultado estético é satisfatório e a função nasal é restaurada.

Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis elétricos, eletrônicos, endoscópios, microscópio e laser. Em geral, a cirurgia é realizada por dentro do nariz, sem cortes externos. O uso de um tampão (curativo) no nariz após a cirurgia pode ser necessário em alguns casos para evitar sangramento.

Utiliza-se um curativo externo por 7 dias. Hematoma e inchaço do rosto são normais e regredem em 7 a 15 dias.

Descrição dos Insucessos:

Em cerca de 10% (1 em cada 10) das rinoplastias é necessário 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:

Hemorragia

Nas primeiras 12 horas é comum haver algum sangramento (mesmo com tamponamento), e que em geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, ligadura de vasos e até transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito raro.

Infecção

Raramente ocorre, sendo controlada com curativos e uso de antibióticos.

Abscesso do septo nasal e hematoma

Abscesso é o acúmulo de pus e hematoma é o acúmulo de sangue. Podem ocorrer em raros casos e exigir drenagem cirúrgica.

Perfuração do septo nasal

É rara, podendo necessitar de reparo cirúrgico.

Aderências

Podem ocorrer no interior do nariz. São desfeitas com curativos e raramente exigem outra intervenção cirúrgica.

Sinusite

É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos.

Hematoma de face, lábio superior e do céu-da-boca

É raro e cede em poucos dias.

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 **rinoplastia** 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