

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

1- EU, \_\_\_\_\_,

portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, por determinação explícita de minha vontade, reconheço DRA TATIANA MARTINS CALOI, médica inscrita no **CREMEPE** sob o nº 15002, Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica como profissional credenciada e de minha confiança, e autorizo a mesma bem como todos os demais profissionais dos quais ele se serve e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) denominado (s) cientificamente\* e popularmente\*\* como

\*  
**DERMOABRASÃO FACIAL**

\*\*  
**ABRASÃO DA PELE DA FACE**

bem como todos os cuidados e tratamentos médicos necessários dele(s) decorrentes.

2- **O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso ENTENDO que:**

- Poderá haver **inchaco** (edema) nas áreas submetidas à abrasão, que eventualmente podem permanecer por dias e menos freqüentemente por semanas;
- Poderá ocorrer **vermelhidão na pele renovada** após a abrasão, sendo que este sintoma é esperado e é mais comum nas peles claras, podendo perdurar por semanas, menos freqüentemente por meses, raramente sendo permanente. O tratamento consiste nos uso de cremes antiinflamatórios tópicos e proteção solar;
- Poderá haver **descoloração** ou **pigmentação** cutânea nas áreas abrasadas, sendo este fenômeno mais freqüente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes. Por esta razão a orientação de evitar-se a exposição solar ao máximo e o uso diário de bloqueadores solares deve ser seguida como forma de prevenção deste tipo de complicação;
- Poderá haver **aumento da sensibilidade** nas áreas submetidas à abrasão, por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos;
- Poderá ocorrer **cicatrices hipertróficas** em áreas onde a abrasão foi mais profunda, ou quando ocorre um processo infeccioso nas áreas tratadas. A propensão individual a uma cicatrização de pior qualidade deve ser levada em conta;
- Poderá ocorrer um **processo infeccioso** na área tratada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele do (a) paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos e até internação hospitalar em casos extremos;
- Um processo infeccioso grave pode em casos extremos levar a perda de vitalidade da pele (**necrose**) o que é uma complicação muito rara e que pode necessitar de desbridamentos e de cirurgias corretivas;
- Poderá ocorrer **surto de herpes** na área operada, razão pela qual a profilaxia com antivirais deve ser feita rotineiramente nos (as) pacientes que serão submetidos (as) à dermoabrasão;

**Dra Tatiana Caloi**  
**Cirurgiã Plástica**  
**CREMEPE – 15002**

---

**Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**

---

- 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, e que será tratada adequadamente com analgésicos prescritos pelo médico;
- Poderá ocorrer **alergia** às pomadas e cremes utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;
- Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques**, para atingir um melhor resultado;
- Ocasionalmente, poderá haver **transtornos do comportamento afetivo**, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.

O conhecimento e o entendimento das informações acima mencionadas são muito importantes antes da realização de qualquer Cirurgia Plástica. Estas informações poderão servir como um **“MANUAL DE CABECEIRA”**, caso você venha a se operar, recordando-lhe as instruções fornecidas durante a primeira consulta.

As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os **princípios éticos básicos** de respeito pelo ser humano, da **minimização de resultados insatisfatórios** ou não desejados, dentro de uma conduta adequada e cientificamente aceita.

Existem alguns fatores na evolução da cirurgia que não dependem da atenção do cirurgião plástico, e portanto **“não lhe será possível garantir resultados”**. Assim, por exemplo, a qualidade de cicatrização que o (a) paciente irá apresentar está intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir.

Como resultado da cirurgia **existirá uma cicatriz**, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para torná-la o menos evidente possível. Uma técnica apurada e cientificamente aceita poderá colaborar no sentido de minimizar diversas dessas situações. A colaboração plena do (a) paciente, através do seguimento das instruções dadas pelo cirurgião, no pós-operatório também se reveste de grande importância na obtenção do resultado.

**As cicatrizes são consequência da cirurgia**, portanto pondere bastante quanto à conveniência de conviver com elas após a cirurgia: elas nada mais são do que indícios deixados em lugar de outro defeito anteriormente existente na região operada. Se houver uma evolução desfavorável da cicatriz, desde que a intervenção tenha sido realizada sob padrões técnicos e cientificamente aceitos, deverá ser investigado se o seu organismo é que não reagiu como se esperava.

**Dra Tatiana Caloi**  
**Cirurgiã Plástica**  
**CREMEPE – 15002**

---

**Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**

---

Portanto, de posse dessas informações:

- 3- **EU DECLARO** estar ciente que depois de minha total recuperação, se for necessária alguma revisão para atingir um melhor resultado, esta será feita seis meses após a cirurgia plástica, preferencialmente no Centro Cirúrgico de um Hospital, sendo que as taxas hospitalares, de anestesia, de material e eventual troca de próteses, serão pagas por mim. Os valores serão confirmados no período da revisão.
- 4- **EU RECONHEÇO**, 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 fazer necessários. Por tal razão, **AUTORIZO**, a cirurgia **Dra. TATIANA CALOI** e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar;
- 5- **EU ENTENDO**, que nenhum procedimento cirúrgico é isento de riscos, apesar de complicações sérias envolvendo risco para a vida, serem raras;
- 6- **EU ENTENDO** que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica; razões pelas quais **ACEITO** o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados, tanto quanto ao percentual de melhora, como quanto à “aparência visual de idade“ ou mesmo, quanto ao tempo de permanência dos resultados atingidos;
- 7- **EU ME COMPROMETO** a cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu resultado completo, fazendo a minha parte no contrato médico / paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho do profissional e o resultado final, ocasionando seqüelas temporárias ou permanentes, além de por em risco minha saúde e meu bem estar;
- 8- **CONCORDO E ME COMPROMETO** também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico;
- 9- **EU COMPREENDO E CONCORDO**, que a eventual necessidade de retoques acarretará em custos adicionais, referentes às despesas médico-hospitalares;
- 10- **EU COMPREENDO E ACEITO**, o fato de que o tabagismo, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiológicas, imunológicas, reumatológicas, renais, bem como a obesidade, o uso de medicamentos para emagrecer, drogas e álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas e dificultar o processo de cicatrização;
- 11- **EU AFIRMO** ter feito um relato cuidadoso da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental. Relatei também alguma reação alérgica ou incomum a drogas anteriormente utilizadas, bem como a alimentos, a mordidas de insetos, a anestésicos, a pólen e a poeira. Relatei também possuir alguma doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele ou nas gengivas, sangramento anormal ou outras condições relacionadas a minha saúde. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;
- 12- **EU ME COMPROMETO** a informar todo e qualquer medicamento/droga utilizado nas últimas 72 (setenta e duas) horas antes da cirurgia, seja ele legal ou ilegal. Bem como ingestão alcoólica, uso de medicamentos caseiros, de xaropes ou qualquer outra forma de cura ou alívio de queixas ainda que corriqueiras e que pareçam não importar ao médico, diante da cultura popular de automedicação. Entendendo que minha falha na informação possa resultar em significantes complicações cirúrgicas e pós-operatórias;

**Dra Tatiana Caloi**  
**Cirurgiã Plástica**  
**CREMEPE – 15002**

---

**Membro Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**

---

- 13- **EU DECLARO** que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que por ventura existirem;
- 14- **EU AUTORIZO** o registro (foto, som e imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médica – legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; **entendo** também que nos casos de apresentação de caráter científico, minha identidade não será revelada;
- 15- **ESTOU CIENTE** que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, gengivas, pele, músculos e outras regiões do corpo humano em cada paciente após a cirurgia. Estou ciente ainda que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições de moradia (necessidade de uso de escadas, por exemplo) e de deslocamento desfavorável (transporte público).
- 16- Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual voluntariamente irei me submeter, razão pela qual autorizo a Cirurgiã Plástica **DRA. TATIANA CALOI** a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s). Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas verbalmente pela médica e que estou convicto (a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.

Para tanto, assino o presente termo na presença de duas testemunhas, que a tudo assistiram. Para que produza seus legais efeitos.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura / CPF

TESTEMUNHAS:

1. Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_