

Consentimento Informado Otoplastia - Orelhas

Por este instrumento particular, o (a) paciente _____, ou seu responsável, Sr. (a) _____, portador da cédula de Identidade _____ e do CPF _____, data de nascimento _____, domiciliado na rua _____ nº _____, Bairro _____ Cidade _____, declara, para os fins legais, que dá plena autorização ao médico assistente, Dr. _____, para executar o tratamento/procedimento de Otoplastia e todos os procedimentos relacionados, inclusive anestésias e outras condutas médicas que possa requerer, podendo valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que de comum acordo com o médico, optou pelo tratamento médico-cirúrgico acima citado e que foram esclarecidas todas as dúvidas e as dadas todas as informações detalhadas sobre possibilidades de resultados, riscos e problemas inerentes ao procedimento cirúrgico. As ações propostas serão realizadas de acordo com os princípios éticos, a minimização de resultados insatisfatórios, ou não desejados, dentro de uma conduta adequada. 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 da cicatrização que o paciente irá apresentar esta intimamente relacionada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos, que poderão influenciar no resultado final da cirurgia, sem que o cirurgião possa interferir. Como resultado da cirurgia, existirá uma cicatriz, que será permanente. As cicatrizes nada mais são do que indícios deixados em lugar de outro defeito. É importante o esclarecimento sobre os seguintes pontos. Poderá haver:

- Inchaço da área operada que, eventualmente, permanecerá por semanas, meses e, apesar de raro, ser permanente: alteração da pigmentação cutânea, com aparecimento de manchas ou descoloração da área operada, que talvez permaneça por dias, semanas, meses ou até mesmo, seja permanente.
- Rejeição ou extrusão de pontos.
- Líquidos sangue e/ou secreções acumuladas nas áreas operadas, requerendo drenagem, curativos cirúrgicos e/ou revisão cirúrgica.
- Áreas de pele com perda de vitalidade biológica, por redução da circulação sanguínea, podendo levar a úlceras e até necrose de pele.
- Áreas de perda de sensibilidade nas partes operadas, que poderão ser parciais ou totais, por um período de tempo ou serem permanentes.
- Dor no pós-operatório, em maior ou menor grau de intensidade, por tempo indeterminado. E, ocasionalmente, poderá haver transtornos do comportamento afetivo.
- É certo que tabagismo, uso de drogas, tóxicos e álcool são fatores que, eventualmente, não impedem a realização de cirurgias, mas podem determinar complicações pós-operatórias.
- É importante destacar que a ação solar poderá ser prejudicial no pós-operatório.
- Caso haja necessidade de cirurgias complementares para melhorar o resultado obtido ou corrigir um insucesso eventual, esta claro que os custos de material, da instituição hospitalar e de anestesia não são de responsabilidade do cirurgião, e sim da paciente, mesmo quando não se estabeleçam honorários profissionais.
- Assimetrias e cicatrizes hipertróficas (grosseiras).
- Autorizo o registro (foto/e/ou vídeo) do procedimento para arquivo médico.

Assim, livremente e de espontânea vontade, assino o presente termo para a realização do procedimento e para os devidos efeitos legais. Também declaro que recebi as informações especificadas sobre o procedimento cirúrgico, ficando claras os riscos e resultados possíveis.

Obs.:

Joinville, ____ / ____ / ____.

Paciente ou responsável: _____

Testemunhas: _____

Dr. Marcelo Bertoli
CRM 5433 / RQE 1904
Diretor Técnico

Dr. Fabiano Mitsuhashi Yaguchi
CRM 20.455 / RQE