

## Consentimento Informado Mentoplastia – Cirurgia do Queixo

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 Mentoplastia 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 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 ulcerações 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.

- Perda da prótese: a prótese usada na mentoplastia de aumento pode vir a ser eliminada, o que é raro, e quando isto ocorre é devido a problemas surgidos no pós-operatório, tais como infecção, traumatismo sobre a área operada, hemorragia etc. Nesses casos, retira-se a peça mediante uma simples cirurgia sob anestesia local. Posteriormente, poderá ser reintroduzida uma nova prótese.

- Muito raramente pode ocorrer: erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local. Na diminuição do queixo pode ocorrer flacidez ou pequeno excesso de pele na região do pescoço

- Caso haja necessidade de cirurgias complementares para melhorar o resultado obtido ou corrigir um insucesso eventual, está claro que os custos de material, da instituição hospitalar e de anestesia não são de responsabilidade do cirurgião, e sim do(a) paciente, mesmo quando não se estabeleçam honorários profissionais.

- Deiscência de suturas (abertura de pontos), retração de pele e assimetrias.

- Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

- 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 claros os riscos e resultados possíveis.

Obs.:

Joinville, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Paciente ou responsável:

\_\_\_\_\_

Dr. Marcelo Bertoli  
CRM 5433 / RQE 1904  
Diretor Técnico

Testemunhas: \_\_\_\_\_

Dr. Fabiano Mitsuhashi Yaguchi  
CRM 20.455 / RQE 12002