

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR (*festoom malar*)

1. Eu ..... RG nº ....., CPF nº....., profissão: ..... residente na Rua ..... na cidade de ....., Estado: ....., CEP ....., declaro que por minha livre e espontânea vontade irei me submeter à cirurgia de retoque de **Festoom Malar** com o(a) Dr.(a) ....., e sua equipe.
2. Declaro estar ciente que, em se tratando de Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior, não poderei exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.
3. Estou ciente também que ele(a) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área, já anteriormente operada, pode vir a apresentar.
4. Entendo também que uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade, razão também deste procedimento ao qual vou me submeter e para o qual estou dando meu consentimento.
5. A minha escolha deste(a) profissional baseou-se na confiança que nele(a) deposito e no conceito profissional que goza junto aos seus pares. Por tal razão entendo que dará o melhor de si sem, contudo, se vincular a um resultado preestabelecido ou predeterminado.
6. Por estar conscientizada de que a Medicina não é uma ciência exata, e que cada organismo reage de maneira individualizada e personalíssima, firmo a presente declaração, confirmando que fui devidamente informada sobre as possíveis limitações que o meu caso possa vir a oferecer.

### DE POSSE DESTAS INFORMAÇÕES, DECLARO QUE:

1. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que o *Festoom Malar* se forma em decorrência de vários fatores, tais como: flacidez da pele, flacidez do músculo orbicular, edema peri-orbitário (inchaço ao redor do olho), e acúmulo de tecido celular subcutâneo em pálpebras inferiores. Em razão desta multiplicidade de fatores, não há um consenso sobre qual é a técnica cirúrgica mais indicada para corrigir o *Festoom Malar*, ficando isto a encargo do(a) cirurgião(ã), que saberá escolher e usar a técnica que melhor se adequará ao meu caso.
2. **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 e/ou diferentes** daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a) e toda sua equipe a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.
3. **Eu entendo** que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que **não me podem ser dadas garantias de resultado**, tanto quanto ao percentual de melhora, quanto à permanência dos resultados atingidos.

4. **Eu concordo** em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, **fazendo a minha parte** no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.
5. **Eu autorizo** o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a cirurgia proposta, por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.
6. **Estou ciente** que o *Festoon Malar* pode apresentar piora no verão, em presença de altas temperaturas, bem como ocorrer piora do mesmo na dependência de determinados hábitos diários, específicos de cada paciente. Também sei que poderá, no pós-operatório, haver limitação das minhas atividades cotidianas por curto período ou por tempo indeterminado.
7. **Eu declaro** que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual **autorizo** o(a) profissional acima designado(a) a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s), entendendo claramente que não me podem ser dadas garantias de resultado.

Observações: -----  
-----

Local \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_\_\_