



## REVISÃO DE CICATRIZES E RETIRADA DE LESÕES DE PELE

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

**OBJETIVO:** Melhorar, se possível, o aspecto de cicatrizes preexistentes e/ou remover lesões da pele.

**SOBRE AS CICATRIZES:** toda cicatriz é resultado de um grande número de fatores como cor e tipo de pele, idade, relação e reação pessoal às rugas, às articulações e várias outras particularidades. Isso porque, cada local do corpo humano possui pele ou características diferentes, sendo portanto, inconclusivas quaisquer comparações entre cicatrizes em locais diferentes ou no mesmo local, mas em diferentes pessoas.

De um modo geral cicatrizes dentro de rugas ou paralelas a estas apresentaram melhores resultados estéticos, ainda que aparentes, do que cicatrizes transversais às rugas. Cicatrizes próximas às articulações ou em locais de pele espessa, como nas costas, terão resultados esteticamente desfavoráveis.

**TRATAMENTOS COADJUVANTES:** após a cirurgia, o acompanhamento mensal do seu caso indicará a necessidade ou não de tratamentos coadjuvantes com a finalidade de melhorar a cicatriz, tais como fita de silicone, injeções locais de corticóide, radioterapia, dentre outros.

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

**Cicatriz** – após a cirurgia, a cicatriz será um traço fino. Com o correr do tempo ficará mais elevada, dura, avermelhada, voltando, em tempo variável, a uma condição tão boa quanto sua pele permitir;

**Fitas de Micropore** – estarão protegendo as cicatrizes, sendo normal algum sangramento e a presença de coágulos sob elas. Não trocar as fitas na primeira semana. Mais tarde, serão depois trocadas por fitas de silicone ou de silicone gel, além de receberem massagem com creme específico à noite.

**Dor** – pouco intensa;

**Edema (inchaço)** – pode ocorrer na região operada, e também em volta dela;

**Equimoses (manchas rochas)** – são infrequentes, mas podem ocorrer até em locais pouco distantes da região operada, desaparecendo, em média, após 15 a 20 dias;

**Repouso** – não é necessário repouso adicional;

**Dieta** – Livre

**Andar** – Livre, porém se a cirurgia for mais séria, limite-se a fazer caminhadas e subir escadas só o necessário;

**Banho** – Liberado no segundo dia após a cirurgia. Evite molhar as fitas de micropore; se necessário, secá-las com secador de cabelo em temperatura morna;

**Ficar no domicílio** – por 8 horas se foi usada apenas sedação para a cirurgia;

**Retirada de pontos** – geralmente não existem pontos externos. Quando estes forem empregados, serão retirados no 5º ou 6º dia, na face, e no 7º ou 8º dia, quando se localizarem nas outras áreas do corpo;

**Trabalho** – liberado após o segundo dia, se não afetar a área operada;

**Sol** – direto sobre a cicatriz, somente após seis meses, usando filtro solar espesso ou, de preferência, cobrindo-a com fitas de micropore, por 6 meses;

**Esportes** – liberado após o 4º dia, se não afetarem a área operada. Nos casos de revisão de cicatrizes em pernas e braços, para uma melhor possibilidade de melhora estética, deverá haver algumas restrições dos movimentos por um período de 1 a 2 meses;

**Esportes que envolvam a área operada (musculação para braços, ombro, peitoral e dorso, natação, aeróbica)** – nas revisões de cicatrizes, somente após 4 meses;

**Exame anatomopatológico** – quando forem retiradas as lesões, você as receberá em embalagem especial, devendo levá-las, juntamente com a requisição, ao Laboratório de sua confiança, em até 24 horas. Conserve o frasco na geladeira (nunca no congelador ou no *freezer*);

**Andar** – livre, porém, se a cirurgia for nas pernas, limite ao máximo a movimentação destas e evite escadas;

**ALTA COMPLETA** – após 6 meses, você será submetido(a) a uma nova consulta, ocasião em que serão tiradas fotos pós-operatórias e feito o controle de qualidade dos resultados. Se houver possibilidade de alguma melhora adicional, com algum retoque, este lhe será sugerido, podendo ser realizado na época que lhe for mais oportuna.

## RISCOS

- a) **Nas revisões de cicatriz:** permanência da cicatriz com características semelhantes ou até mais aparentes que a anterior, a qual motivou a cirurgia (cicatrizes alargadas, hipertróficas, queloidianas). Pode haver necessidade de nova cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do queleide.
- b) **Na excisão de lesões:** recidiva (retorno) local da lesão, necessidade de reoperação para limpeza de margens comprometidas com neoplasia, cicatriz antiestética, possibilidade de necessidade de cirurgia, injeções locais ou radioterapia para tratamento do queleide.

O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um desses riscos e o que poderá ser feito caso estes eventos infrequentes ocorram.

**Caso você tenha animal de estimação em casa** (cão ou gato), evite contato direto com eles nos primeiros 20 dias de pós-operatório e, em hipótese alguma, os deixe subir em seu leito. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) pode elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

**Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.**



## DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, **EU**, ....., declaro que fui total e claramente informada e, portanto, **dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a)** ....., e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **REVISÃO DE CICATRIZES E/OU DE RETIRADA DE LESÕES**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

**Reconheço** que durante o ato cirúrgico podem surgir **situações ou elementos novos** que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, **outros procedimentos adicionais e/ou diferentes** daqueles previamente programados **possam se fazer necessários**. Por tal razão, **autorizo o cirurgião, o anestesiológico e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação** que, eventualmente, venha a se evidenciar.

**Entendo** e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a **usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição** para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. 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.

**Eu concordo** em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. **Estou consciente** de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

**Eu autorizo o registro** (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

**Estou ciente** ser de minha responsabilidade a leitura integral deste **Termo**, que meu médico preparou com esmero e que **me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo** e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, **assinando abaixo e rubricando** todas as folhas do mesmo.

**Observações:** .....

.....

**Local:** ..... **Data:** ..... de ..... de 20.....

.....  
(assinatura do(a) paciente)

.....  
CPF

**Testemunha 1:** .....

.....  
CPF

**Testemunha 2:** .....

.....  
CPF