

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE RINOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados à **RINOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico- cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

**1 - INFORMAÇÕES GENÉRICAS:** A Rinoplastia é uma das mais antigas e tradicionais cirurgias no âmbito da cirurgia plástica, pois os cirurgiões indianos já a praticavam há dois mil anos. É um tipo de cirurgia muito notada por seus resultados, devido ao fato de modificar sensivelmente a face do(a) paciente. Não é possível prever, com absoluta exatidão, e nos mínimos detalhes, o formato final de um nariz após uma Rinoplastia. Mesmo tendo-se objetivos a atingir, não é possível prever o quanto destes objetivos serão alcançados. E isto se deve ao fato de que cada paciente tem características que lhe são próprias, tais como a espessura da pele e das cartilagens do nariz, elementos que podem interferir no resultado final.

Também, há que se levar em conta que a reação local, após a retirada e o manuseio das estruturas do nariz, será igualmente variável de pessoa a pessoa.

**Exemplificando:** um (a) paciente com pele espessa na ponta nasal, após a retirada e modelagem da cartilagem local, terá uma ponta mais fina, mas não tão fina quanto a de um paciente com pele menos espessa. Do que é possível concluir que a natureza de cada caso impõe limitações que lhe são próprias e imprevisíveis. Por tal razão, a tentativa de prever uma imagem do(a) paciente em computador, será apenas uma idealização e, portanto, pode ficar bem longe da realidade.

### **2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:**

**1. Tipo de anestesia:** pode ser usada tanto a anestesia local quanto a geral, ou ainda, a associada. Há possibilidade de que a escolha seja feita pelo(a) paciente, todavia com prévia ponderação de sua conveniência com o(a) cirurgião(ã).

**2. Tempo de duração do ato cirúrgico:** em média 90 minutos, podendo ser mais prolongado, de acordo com a necessidade do caso.

**3. Período de internação:** meio período para as cirurgias realizadas sob anestesia local; 24 horas, quando utilizada anestesia geral; 12 a 24 horas, quando a anestesia for associada. Mas a determinação deste tempo pode ser variável e fica na dependência de cada caso.

**4. Escolha de um nariz novo:** a possibilidade de escolha do paciente por um novo nariz vai até um certo limite, que é determinado pelo equilíbrio estético que deverá haver entre o nariz e a face do(a) paciente, o que será fruto de detalhado estudo do cirurgião sobre seu(sua) paciente.

**5. Evolução pós-operatória:** até que se atinja o resultado desejado, diversas fases evolutivas ocorrerão e são características desse tipo de cirurgia. Tais reações são variáveis de pessoa para pessoa, contudo é importante proporcionar o necessário tempo ao organismo para que ele "administre" esta nova situação. **NENHUM RESULTADO DE CIRURGIA ESTÉTICA DE NARIZ DEVERÁ SER AVALIADO ANTES DO 6º MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO. O RESULTADO FINAL SE DARÁ EM TORNO DE 12 MESES.**

**Dor:** geralmente este tipo de cirurgia não apresenta dor no pós-operatório. O que incomoda é o desconforto causado, principalmente, pelo tampão nasal, quando este é empregado.

**Náusea:** poderá ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.

**Tamponamento nasal:** não é usado de rotina, só é empregado quando é realizada a septoplastia (correção de septo). Neste caso, é retirado o tampão, geralmente, após 24 horas.

**"Placa ou Gesso":** você usará sobre o nariz apenas um pequeno curativo plástico americano. É leve e discreto. Você o usará por 7 a 9 dias.

**Edema (inchaço):** é comum ao redor dos olhos, sendo mais intenso pela manhã, podendo até dificultar a abertura completa dos olhos por 1 ou 2 dias.

**Equimoses (manchas roxas):** ocorrem em alguns casos, especialmente ao redor dos olhos. Podem levar de 15 a 30 dias para desaparecer. Após a retirada do "gesso" já pode ser usado corretivo facial, possibilitando um melhor convívio social.

**Sangramento:** pequeno sangramento no curativo ("bigode") ou pelas laterais do gesso, próximo ao canto dos olhos, é considerado normal. Se ficar mais intenso ou não cessar com o repouso, avisar imediatamente seu médico.

**Curativo:** trocar somente o curativo "bigode" quando ele estiver muito úmido. Se preferir pode ficar sem o curativo, mas lembre-se de não assoar o nariz.

**Repouso:** não fazer repouso adicional, pois pode favorecer o aumento do edema. Usar dois travesseiros ao dormir, por uma semana, mantendo sempre a face voltada para cima (nunca lateralmente). O uso de meia elástica também é recomendado durante a cirurgia, e até 5 dias após, para prevenir o tromboembolismo.

**6. Cicatrizes ou marcas de pontos:** praticamente não existe cicatriz aparente, pois elas se encontram dentro do nariz. Em alguns casos poderá haver um único ponto em cada lado do nariz ou, então, uma cicatriz de aproximadamente 5 milímetros na columela (parte inferior do nariz) ou, ainda na base das asas nasais, dependendo da técnica empregada. O aspecto final destas cicatrizes ficará na dependência do tipo de pele do(a) paciente e de suas características de cicatrização naquela região.

**7. A respiração após a cirurgia:** pode se apresentar melhor em uma das narinas, e no período inicial pode estar dificultada pelo inchaço (edema) interno e a lenta recuperação dos tecidos operados. **7.1 Rinite alérgica:** quando preexistente à cirurgia, poderá reaparecer após a rinoplastia, demandando continuidade no seu tratamento clínico da rinite. **7.2 Desvio de septo:** quando houver desvio de septo, a sua correção poderá ser feita concomitantemente à Rinoplastia, por cirurgião especialista da área, ou feita anteriormente à Rinoplastia.

**8. Evolução para o resultado final:** várias são as fases, conforme já mencionado no item 5, portanto, o resultado final não é imediato. Além do que, após a retirada do "gesso" (aproximadamente 8 dias), e mesmo corrigidos os principais defeitos do nariz, ele vai mostrar-se aquém do desejado, devido ao inchaço, que irá diminuir, gradativamente, até desaparecer em torno do 6º mês (esse período pode ser menor ou maior, dependendo do biotipo de cada paciente). O resultado de uma Rinoplastia é praticamente definitivo, ressaltando-se, porém, que após os 50 anos de idade, todo nariz começa a apresentar alterações morfológicas compatíveis com a idade, bem como devido à transformação apresentada pela pele que o reveste.

### A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

1. Comunicar até 2 dias antes da cirurgia, ocorrências como gripe, indisposição, febre, resfriado, coriza quaisquer sintomas que afetem a boca, o nariz ou a garganta.
2. Internar-se no hospital/clínica, obedecendo o horário indicado na guia.
3. Em caso de internar-se no mesmo dia da cirurgia, comparecer ao hospital/clínica totalmente em jejum (anestesia geral). Em caso de anestesia local, poderá ingerir, pela manhã, pequena xícara de café com leite e uma bolacha.
4. Evitar bebidas alcoólicas ou refeições fartas na véspera da cirurgia.

### B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Evitar sol, vento ou friagem nos três primeiros dias.
2. Tomar cuidado especial com o "gesso" para não traumatizá-lo, não umidecê-lo e jamais retirá-lo. Só o(a) cirurgião(ã) poderá fazer esta remoção.
3. Usar compressas com soro fisiológico gelado sobre os olhos nas primeiras 05 horas e, depois, 30 minutos a cada 2 horas, por três dias.
4. Procure não abaixar a cabeça e não faça esforço físico.
5. Pode pingar soro fisiológico (opcional), à vontade, no nariz para facilitar a respiração.
6. Permanecer no domicílio, sem sair, até o 2º dia de pós-operatório.
7. Massagem tipo drenagem, após a retirada do gesso, sob a orientação do seu médico é indicada.
8. Retornar ao trabalho só após a retirada do gesso (aproximadamente 8 dias).
9. Caminhadas esportivas após 15 dias, evitando tomar sol.
10. Dirigir, geralmente, após o 5º dia de pós, se as condições visuais permitirem.
11. Uso de óculos, após 30 dias, ou antes, se liberado por seu médico.
12. Esportes após 45 dias.
13. Sol intenso após 45 dias, usando boné e protetor solar indicado por seu médico.
14. Após a retirada do gesso é livre o uso de maquiagem leve e o corretivo.

15. 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.
16. Obedecer rigorosamente à prescrição médica.
17. Voltar ao consultório para curativos e controle do pós-operatório nos dias e horários marcados.
18. Consultar este folheto informativo tantas vezes quantas se fizerem necessárias para esclarecer e eliminar perfeitamente suas dúvidas. Restando algum questionamento, contatar com seu(sua) cirurgião(ã).

### **3 – ALTA CIRÚRGICA:**

Após 6 meses, você será submetido(a) a nova consulta, com tomada de novas fotos para estudo fotográfico de controle de qualidade dos resultados. Na maioria dos casos, o(a) paciente receberá alta nesta ocasião. Todavia, pode haver casos para os quais será necessário indicar um pequeno retoque, ou refinamento, para corrigir mínimas imperfeições, desvios ou formação de fibrose (pequenas “calosidades”, que possam prejudicar o resultado obtido). Neste caso, você poderá marcar com seu médico a época que lhe for mais conveniente para a realização desta intervenção. Lembre-se que o bom resultado final também depende de você.

**4 – RISCOS:** Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, a Rinoplastia pode apresentar os seguintes riscos: sangramento nasal, cicatrizes aparentes, rinite alérgica, respiração nasal insatisfatória, necrose de pele ou de mucosa, forma insatisfatória do nariz. O seu médico está à sua disposição para esclarecer cada um desses riscos, e o que poderá ser feito, em caso de sua eventual ocorrência.

**TABACO/ÁLCOOL:** O tabagismo, uso de drogas e de álcool ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações cirúrgicas. A interrupção do uso do tabaco ou drogas/álcool não cessam os malefícios do uso anterior, apenas diminuem a probabilidade de possíveis efeitos deletérios. Deve-se suspender o uso de tabaco, por pelo menos 60 dias, antes do procedimento cirúrgico.

**Lembrete:** toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de retoques ou restauro para um melhor refinamento do resultado final. Em caso do seu médico indicar este procedimento, você não terá despesa com honorários do cirurgião, ficando apenas responsável pelos demais gastos relativos ao procedimento. Converse sobre isto com seu médico.

**Sobre Dúvidas:** antes de se definir pela cirurgia e, em especial, antes de se internar para o ato cirúrgico, você teve chance de esclarecer todas as suas dúvidas, inclusive as que possam não estar incluídas neste Termo de Consentimento. Todavia, caso ainda lhe reste alguma indagação a ser feita, por favor, contate com seu médico ou com alguém de sua equipe e elimine alguma dúvida restante.

### **DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização de **RINOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **RINOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

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 anestesologista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

## RINOPLASTIA (Cirurgia Plástica de Nariz)

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.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

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 serem 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.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

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. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

#### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

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

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

#### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

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

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

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo a **RINOPLASTIA (CIRURGIA PLÁSTICA DE NARIZ)** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

### INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

#### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

#### O PROCEDIMENTO

- 1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 – Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

#### OUTRAS INFORMAÇÕES