

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GINECOMASTIA

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____

Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____

Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “GINECOMASTIA” é indicada para remover o excesso de gordura, glândula e/ou pele de mamas masculinas aumentadas. Em alguns casos, o peso excessivo do tecido mamário pode provocar uma queda na mama e o alargamento da aréola (pele escura que circunda o mamilo). Nestes casos, pode ser necessária a retirada de pele ao redor da aréola, às custas de cicatrizes maiores. Existem várias técnicas para se tratar a ginecomastia. O tecido glandular sólido normalmente requer uma incisão ao redor da aréola para a sua retirada, enquanto que o excesso de tecido gorduroso pode ser removido através de uma lipoaspiração.

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente:

Sangramento: é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. O acúmulo de sangue (hematoma) na região operada pode necessitar de drenagem por punção com seringa ou por cirurgia.

Acúmulo de líquidos: é possível, após a cirurgia, o acúmulo de líquidos (seroma) na região operada podendo necessitar de drenagem por punção com seringa ou por cirurgia.

Infecção (saída de pus): é pouco comum nesta cirurgia. Caso ocorra, pode necessitar de antibióticos por tempo prolongado.

Alterações de sensibilidade e coloração da pele e dos mamilos: pode ocorrer a diminuição (ou perda) da sensibilidade na pele da região das mamas e dos mamilos por um período variável, podendo ser definitiva. Entretanto, após alguns meses, a maioria dos pacientes têm a sensibilidade normalizada. Podem ocorrer inchaços (edemas) e manchas roxas (equimoses) demoradas.

Cicatrização da pele: a presença da cicatriz será permanente, apesar de todos os esforços e recursos técnicos para deixá-la o menos visível possível. A cicatrização excessiva (hipertrofica ou quelóide) é incomum. No entanto, em raros casos, cicatrizes anormais (queloides) podem se desenvolver. Os queloides são de difícil tratamento. Pessoas de pele negra têm uma chance maior de desenvolverem uma cicatriz tipo quelóide do que indivíduos de pele branca, além de pessoas com história familiar e prévia de queloides. Nestes casos, tratamentos adicionais podem ser necessários.

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GINECOMASTIA

Assimetria: Assimetria tanto das mamas quanto dos mamilos normalmente está presente na maioria das pessoas. Diferenças de simetria, forma ou tamanho, tanto das mamas quanto dos mamilos, podem ocorrer também após a cirurgia.

Reações alérgicas: em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas à esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório.

Complicações pulmonares: podem ocorrer secundariamente à liberação, na corrente sanguínea, de coágulos ou de gordura (embolia pulmonar) ou após uma anestesia geral. Nestes casos, pode ser necessária a hospitalização por um tempo mais prolongado. A embolia pulmonar pode levar à óbito.

Resultados: apesar de bons resultados serem esperados, não há como o cirurgião dar garantia absoluta quanto aos resultados à serem obtidos. O exercício da medicina e da cirurgia não é uma ciência exata. Existe a possibilidade de insatisfação com o resultado da cirurgia, podendo ser necessária(s) outra(s) cirurgia(s) até que a satisfação pessoal seja alcançada.

Cirurgias adicionais: apesar de pouco comum, pode haver necessidade de cirurgia complementar, para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação.

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GINECOMASTIA

Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

Assinatura: _____

¹Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

²Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

³Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

