	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-749 Data de publicação: 04.12.2023
	HERMÉTICO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ELEVAÇÃO	Número de revisão: 00 Data de revisão: Número de página: 1/6

Nome e Sobrenome do Paciente:

Data de Nascimento:


Data:

Protocolo nº:

INFORMAÇÕES GERAIS

Prezado Paciente, Prezados Pais/Responsáveis Este formulário foi elaborado para informar ao paciente e seus familiares sobre a cirurgia a ser realizada. É uma obrigação legal que seja lido e aprovado. Os formulários informativos são utilizados para explicar os riscos esperados e situações indesejáveis (complicações) dos tratamentos cirúrgicos e para transmitir informações sobre outras opções de tratamento. Os riscos identificados são definidos para atender às necessidades da maioria dos pacientes na maioria das condições. Contudo, este formulário não deve ser considerado um documento que inclui os riscos de todos os métodos de tratamento. Dependendo do seu estado de saúde pessoal ou conhecimento médico, o seu cirurgião plástico poderá fornecer informações diferentes ou adicionais. Por favor, não assine o formulário na última página antes de ler atentamente todas as informações abaixo e encontrar as respostas para todas as suas perguntas.


É uma cirurgia para tensionar a região da coxa, removendo a pele solta e o tecido adiposo da região da coxa, abaixo da virilha. Em algumas pessoas, a pele da parte interna da coxa fica flácida e flácida devido a motivos como ganho e perda de peso, envelhecimento e parto. Se a flacidez e as irregularidades forem graves, a cirurgia de lifting de coxa pode ser realizada. Como ocorrerão cicatrizes na região da virilha como resultado desta cirurgia, é uma intervenção recomendada para pessoas com deformidades significativas. A cirurgia de lifting de coxa é realizada sob anestesia geral. A pele e os tecidos adiposos são removidos em forma de elipse através de uma incisão feita desde a região da virilha até as costas. A pele da parte superior da perna é solta e costurada na região da virilha. Drenos são colocados para coletar sangue e fluidos corporais que podem se acumular em seu interior. Esses drenos são removidos após 48-72 horas. Ao final da cirurgia, há uma linha de sutura que se estende da região da virilha até as costas, que ficará na calcinha, e nesta região se formará uma cicatriz de incisão. As atividades diárias são restritas por 2 a 3 semanas após a cirurgia. Os pontos são retirados em 12 a 14 dias. Atividades como esportes podem ser iniciadas a partir de 6 semanas. Nesta cirurgia, podem ocorrer problemas de cicatrização de feridas porque a linha de sutura fica em uma área naturalmente úmida e propensa a contaminação, como a região da virilha. Esses problemas serão resolvidos em algumas semanas com curativos. Além disso, o fato da linha de sutura estar em área móvel e exposta à gravidade são fatores que podem causar alargamento da cicatriz. Por esse motivo, essas cirurgias são preferidas e realizadas em pacientes com flacidez e deformidade significativas. Anticoagulantes, como aspirina, devem ser evitados por 10 dias antes da cirurgia. Além disso, se o paciente tiver alguma doença significativa em seu histórico e algum medicamento que faça uso regular, o médico deve ser informado. Alimentos moles devem ser consumidos 3-4 dias antes da cirurgia e alimentos carnudos devem ser evitados. Você não deve comer nada após o horário indicado. Este período cobre as 8 horas anteriores à operação. Quaisquer exames de sangue necessários serão feitos no dia da cirurgia ou antes. Você também terá uma consulta de anestesia antes da cirurgia e será decidido o tipo de anestesia que será aplicada. Além disso, será realizado um sorteio em sua sala para

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-749 Data de publicação: 04.12.2023
	HERMÉTICO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ELEVAÇÃO	Número de revisão: 00 Data de revisão: Número de página:2/6

planejar os detalhes do procedimento a ser realizado antes da cirurgia. As fotografias necessárias serão então tiradas para comparação antes e depois da cirurgia. Durante a cirurgia, geralmente é usado um cateter urinário no primeiro dia. Depois de se levantar, o cateter urinário será removido. No pós-operatório será solicitado que você se deite em uma posição que chamamos de posição V, tentando assim diminuir a tensão no local da sua cirurgia. Esta posição é onde seu corpo fica elevado 45 graus em relação à cintura. O primeiro dia após a cirurgia é o período mais problemático. Analgésicos e, ocasionalmente, medicamentos indutores do sono são usados para tornar esse período mais confortável. Você não pode comer nada nas primeiras horas após a cirurgia. Geralmente a primeira ingestão é com alimentos líquidos. Depois de conseguir liberar gases facilmente, você pode começar a comer alimentos macios. Você será ajudado na primeira vez que puder se levantar. Não é incomum sentir tonturas e desmaios ao se levantar. Para evitar isso, você achará relaxante sentar-se na beira da cama por um tempo e ficar ansioso ao se levantar. Da mesma forma, ao se levantar nos primeiros dias, não seria correto andar ereto e se alongar. Pode ajudar curvar-se ligeiramente devido à tensão na virilha. Você ficará no hospital por 1 a 2 noites após a cirurgia. Depois que ele puder voltar para casa, ele deverá passar a primeira semana descansando em casa. Além disso, deve-se ter cuidado ao fumar durante a primeira semana após a operação. Não devemos esquecer que fumar tem um efeito negativo no processo de cicatrização de feridas. Os primeiros dois dias após a cirurgia são o período em que o corpo fica edemaciado. Nesse período, o corpo acumula água e os movimentos ficam difíceis. Geralmente, a partir do terceiro dia, o edema começa a diminuir e os movimentos ficam mais fáceis. Você poderá retornar lentamente à sua vida social a partir da segunda semana após a cirurgia. No entanto, espera-se que você evite trabalho pesado por seis semanas. Geralmente, na primeira semana é permitido tomar meio banho sem molhar o local da cirurgia. Você pode tomar um banho completo a partir da segunda semana. Não é permitido nadar na piscina ou no mar antes da quarta semana. Sauna, solário, banho turco, banho de sol e esportes intensos são proibidos durante seis semanas após a cirurgia. A incisão cirúrgica pode ficar vermelha, coceira e muito visível, especialmente nos primeiros meses (3-4 meses) após a cirurgia. Com o passar do tempo, principalmente após o sexto mês, espera-se que a cor da cicatriz da cirurgia clareie e a coceira diminua. Esse processo continua por até dois anos. Mesmo depois de dois anos, uma cicatriz da cor da pele permanece no local da cirurgia. Esforços são feitos para manter essa cicatriz dentro da linha da calcinha e do biquíni durante o plano de operação. Dormência duradoura e às vezes permanente pode ocorrer no pós-operatório, especialmente na área abaixo do umbigo. Espera-se que melhorem com o tempo.

RISCOS RELACIONADOS AO MÉTODO

As complicações que podem ocorrer no pós-operatório imediato e tardio são as seguintes: A complicação mais temida e importante da cirurgia de lifting de coxa é a embolia. Para evitar isso, são administrados anticoagulantes quando necessário e meias de compressão são aplicadas nas pernas. Apesar de tudo isso, pode ocorrer uma embolia. Se você ou sua família têm histórico de acidente vascular cerebral, leve isso em consideração. O mecanismo mais importante que causa o acidente vascular cerebral são os longos períodos de inatividade. Por esse motivo, seria apropriado movimentar as pernas na cama, movimentar os

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-749 Data de publicação: 04.12.2023
	HERMÉTICO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ELEVAÇÃO	Número de revisão: 00 Data de revisão: Número de página:3/6

quadril com frequência e não permanecer na mesma posição até que seja permitido levantar-se. É útil massagear pernas e panturrilhas de vez em quando.

Período Inicial: Sangramento, infecção, hematoma, seroma, deiscência de ferida. Geralmente são complicações raras.

Sangramento e Hematoma: Durante a cirurgia, um sistema chamado drenagem é usado para evitar que isso ocorra. Este sistema ajuda a controlar sangramentos e vazamentos que podem ocorrer na área cirúrgica.

Deiscência da ferida: Pode ocorrer devido a tensão excessiva, infecção e distúrbios circulatórios. Essa situação costuma ocorrer em pessoas com excesso de gordura corporal e naquelas que fumam após o procedimento. É uma condição que exige cuidados, curativos e, se necessário, recostura.

Infecção: Desenvolve-se como resultado do acúmulo de líquido sob a pele devido à má circulação e mau funcionamento dos drenos, criando um ambiente propício à reprodução de microrganismos. Pode exigir o uso de antibióticos e curativos.

Período tardio: Cicatrizes graves: Isso pode ser devido à tensão excessiva e às vezes pode depender das características de cicatrização da ferida da pessoa. Vestígios de operações anteriores e locais de vacinação podem fornecer pistas a este respeito. Em caso de aumento de vermelhidão, inchaço ou coceira na cicatriz da operação, você deve consultar o seu médico. Recomenda-se cremes suavizantes de cicatrizes e, se necessário, aplicação de gel de silicone. A cicatriz, que geralmente piora nos primeiros meses, deverá melhorar com o tempo (1-2 anos).

Dormência na região da coxa: Espera-se que desapareça após um certo tempo após a operação. Às vezes pode ser permanente.


Irregularidades na região das coxas: Raramente requerem intervenção adicional.

1. Entendo que durante a cirurgia ou durante a anestesia e tratamento médico, situações imprevistas poderão exigir procedimentos diferentes dos mencionados anteriormente. Por este motivo, autorizo os referidos médicos e seus auxiliares a realizarem a avaliação necessária à luz do seu conhecimento profissional e a realizarem estes procedimentos. A autoridade conferida neste parágrafo também inclui situações que requerem tratamento e que meu médico não pode saber antes de iniciar a cirurgia.

2. Responsabilidades financeiras: Pergunte sobre despesas cirúrgicas, incluindo hospital, honorários do seu médico e forma de pagamento. Você será responsável por qualquer pagamento e taxas adicionais necessárias para algumas condições e tratamentos inesperados. Podem ocorrer despesas adicionais caso ocorram complicações cirúrgicas (resultado desfavorável). Você também é responsável pela internação hospitalar e pelos custos cirúrgicos relacionados à cirurgia secundária ou cirurgia corretiva (de revisão).

3. Considero tirar fotografias e filmar antes, durante e após a cirurgia, e obter imagens de partes apropriadas do meu corpo, sempre que a minha identidade permaneça confidencial, apenas para fins médicos, científicos ou educacionais.

4. Dou meu consentimento para extrair, examinar e armazenar qualquer tecido do meu corpo para registros hospitalares, se necessário, durante a cirurgia.

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-749 Data de publicação: 04.12.2023
	HERMÉTICO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ELEVAÇÃO	Número de revisão: 00 Data de revisão: Número de página:4/6

5. Quando necessário, dou meu consentimento para divulgar as informações do meu paciente às autoridades oficiais para notificação legal.

6. As seguintes informações foram explicadas para mim de uma forma que eu possa entender.

a. Onde será realizado o procedimento ou tratamento cirúrgico prévio...

b. Disponibilidade de outras opções de tratamento...

C. Tratamento ou cirurgia envolve riscos ...

INFORMAÇÕES PERSONALIZADAS

Medicamentos utilizados:

Tempo de sangramento:

Alergia:

Outras Doenças:

Nome e Sobrenome do Paciente:..... Assinatura:..... Data:.....

Nome e Sobrenome do Médico:..... Assinatura:..... Data:.....

Autorizo a revisão da informação clínica nos meus registos médicos com a finalidade de promover estudos médicos, investigação médica e educação médica, desde que sejam seguidas as regras de confidencialidade do paciente na regulação dos direitos do paciente. Dou meu consentimento para que os resultados da pesquisa sejam publicados na literatura médica, desde que a confidencialidade do paciente seja protegida. Estou ciente de que posso me recusar a participar de tal estudo e que esta recusa não afetará negativamente o meu tratamento de forma alguma.


Fotografia/Visualizadores: Autorizo que o procedimento seja fotografado ou gravado em vídeo para fins científicos, médicos ou educacionais, incluindo partes apropriadas do meu corpo, desde que as imagens não revelem minha identidade. Aprovo também a introdução de observadores qualificados na sala de cirurgia durante a cirurgia, a fim de melhorar a educação médica. Li e compreendi o conteúdo do termo de consentimento informado. Todos os campos deste formulário foram preenchidos antes de assinar e receber uma cópia.

Consentimento do paciente:

Entendo que a prática médica não é uma ciência exata e que nenhuma garantia pode ser dada em relação aos resultados ou ao tratamento. No documento de aprovação e na reunião com os médicos, recebi informações detalhadas sobre minha condição, o procedimento a ser realizado e seus riscos, além das opções de tratamento. Declaramos que temos consciência de que somos responsáveis por esta questão e que aceitamos e aprovamos a cirurgia sem sofrer qualquer tipo de violência, sugestão, pressão material ou moral.

Durante as intervenções pode ser necessária a utilização de dispositivos médicos como raio X, escopia, ultrassonografia, cintilografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.; Sei que posso estar exposto a raios que podem ter efeitos negativos na minha saúde com alguns destes dispositivos/aplicações e aprovo a utilização destes dispositivos médicos se considerar necessário.

Sei que muito raramente pode surgir uma situação única durante o procedimento e, neste caso, dou

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-749
	HERMÉTICO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ELEVAÇÃO	Data de publicação: 04.12.2023 Número de revisão: 00 Data de revisão: Número de página:5/6

permissão e aprovação à equipe que realizará o procedimento para tomar as ações que considerarem adequadas.

Assino este formulário com conhecimento de causa e sem necessidade de explicações adicionais.

Nome e Sobrenome do Paciente:

Data/Hora:

Assinatura:

o

Responsável/Família do Paciente:

Data/Hora:

Nome e sobrenome:

Assinatura:

(Relatividade.....)

Foram dadas explicações adequadas e satisfatórias ao paciente/familiar do paciente cujo nome está escrito acima sobre a doença, a intervenção a ser realizada, o motivo e os benefícios desta intervenção, os cuidados necessários após a intervenção, os riscos esperados, o tipo de anestesia a ser administrada, aplicar se necessário para a intervenção e os riscos e complicações da anestesia. . O paciente/familiar do paciente leu e assinou este formulário com seu próprio consentimento, indicando que foi adequadamente informado sobre sua internação.

Nome e Sobrenome do Médico:

Data/Hora:

Assinatura: