

ENXERTO DE GORDURA (Transplante de adipócitos - células de gordura)

Por determinação explícita de minha vontade eu, _____, por meio deste Termo de Consentimento, solicito e autorizo o Dr. _____ a proceder em mim a colocação de gordura na(s) seguinte(s) região(ões): _____ gordura esta, a ser retirada de meu abdome, glúteos ou qualquer outro local adicional, se necessário for. Recebi do meu médico as seguintes

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ESTE PROCEDIMENTO:

1. **USO: O ENXERTO DE GORDURA** (transplante de adipócitos - células de gordura) tem por objetivo **atenuar** sulcos, rugas e/ou depressões ou ainda **modificar** o contorno labial, facial ou corporal. Este procedimento é **paliativo**, ou seja, não eliminará completamente os aspectos indesejáveis que desejo modificar. Considerando a natureza deste procedimento e, ainda, as diferentes respostas que podem os(as) pacientes apresentarem a estas injeções, **estou consciente** de que não é possível determinar, com precisão, qual será a minha aparência após o tratamento.

2. **REAÇÃO:** Após o **ENXERTO DE GORDURA** haverá edema (inchaço), endurecimento, mudança de coloração, amortecimento e sensibilidade à palpação nas áreas tratadas. Estes sintomas tendem a regredir, dependendo da minha resposta pessoal ao procedimento, o que pode ocorrer em prazo variável de tempo, sendo, usualmente, de **uma até cinco semanas** e, excepcionalmente nos grandes enxertos, por mais de **quinze semanas**. Estes e outros aspectos poderão interferir, em grau variável, em minhas atividades, incluindo estudo, trabalho e vida social. Irregularidades e nódulos locais palpáveis ou visíveis podem ocorrer, como consequência deste tratamento, ficando na dependência da minha resposta orgânica, que entendo e aceito, ser diversa para cada pessoa.

3. **OUTROS TIPOS DE REAÇÃO (raras):** Infecção, alteração e assimetrias nos movimentos da face, perda de vitalidade da pele, lesão de glândulas salivares, hematomas e modificação da expressão podem ocorrer. Tromboembolismo é muito raro neste procedimento, mas, como em qualquer cirurgia, é um risco descrito e previsto na literatura médica. Pacientes que receberam previamente implantes sintéticos na face, tais como o *Polimetilmetacrilato* (PMM) e o silicone; ou que são fumantes, bem como os indivíduos com *Síndrome da Fadiga Crônica* podem apresentar um pós-operatório com edema (inchaço) e dor mais prolongados e, também, com eventual prejuízo dos resultados obtidos.

4. **DURAÇÃO DO EFEITO:** Entendo que, com as modernas técnicas utilizadas, o percentual de “pega” da gordura (o que vai dar um resultado definitivo) aumentou consideravelmente. Todavia, ainda não é possível definir o quanto o enxerto pegará, e nem por quanto tempo. Tomei conhecimento que este procedimento apresenta uma grande vantagem, que é a não-utilização de substâncias artificiais estranhas ao meu organismo, e cuja segurança e limites ainda não foram completamente estabelecidos. Uma vez integrados estes enxertos gordurosos no meu organismo, entendo que podem acompanhar as **modificações** do meu peso e do meu percentual de gordura corporal.

5. **REFINAMENTOS:** O procedimento que autorizo contempla a possibilidade de aplicações complementares, se estas forem necessárias e por mim desejadas. **Declaro** que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo tratamento, tive oportunidade suficiente para discutir com meu médico e questionar sobre todo o procedimento e os termos aqui mencionados. **Autorizo**, ainda, a realização de fotos da minha face e corpo, bem como o uso destas durante a cirurgia e também com finalidade científica e/ou legal.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____

(assinatura do(a) paciente)

CPF

RG

Testemunha 1: _____ CPF ou RG: _____

Testemunha 2: _____ CPF ou RG: _____