

CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE FISSURA LABIAL (“Lábio leporino”)

IDENTIFICAÇÃO do(a) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

CEL.: _____ CPF: _____ RG: _____

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

EVOLUÇÃO DA CIRURGIA: após a cirurgia para correção de fissura labial, é importante que você saiba que alguns fatores orgânicos vão interferir na evolução da mesma, em especial no mecanismo de cicatrização, cuja qualidade (melhor ou pior) estará intimamente ligada a fatores hereditários e hormonais, além de outros elementos que poderão influenciar no resultado final de uma cirurgia, sem que o cirurgião tenha qualquer possibilidade de interferência sobre eles.

Do que se conclui que a ação destes fatores, na evolução da cirurgia, não depende da atuação do cirurgião plástico, em razão do que não lhe será possível determinar e nem garantir resultados.

CICATRIZES: Como resultado da cirurgia existirá uma ou mais cicatrizes, que será(ão) permanente(s). Todos os esforços serão feitos para torná-la(s) o menos evidente possível. Contudo, conforme já informado acima, cada paciente terá sua própria qualidade de cicatriz, independente do bom trabalho do cirurgião.

Você deve estar consciente de que uma cicatriz é a consequência natural de uma cirurgia. Portanto, pondere bastante quanto à conveniência de conviver com ela, pois cicatrizes nada mais são do que indícios deixados em lugar de um defeito, anteriormente existente, na região agora operada.

Se houver uma evolução desfavorável de sua cicatriz, e desde que a intervenção tenha sido realizada dentro dos padrões técnicos e cientificamente aceitos, lembre-se de que cada organismo produz uma cicatrização que é personalíssima, e portanto, pode ser diferente da cicatriz de outra pessoa, que se submeteu ao mesmo procedimento que você.

FASES DA CICATRIZAÇÃO: Para sua melhor compreensão, saiba como se dá a evolução de uma cicatriz. Três períodos caracterizam o processo de maturação de uma cicatriz, sendo que estes períodos podem variar de tempo, dependendo de fatores individuais, tais como: a região operada, a espessura da pele, substâncias tóxicas, hormônios etc. Assim, aproximadamente, pode-se dizer que:

- O período imediato vai até o 30o dia após a cirurgia;
- O período mediato vai do 30o dia até o 8o ou 12o mês;
- O período tardio, após o 12o mês. Apesar da maioria já apresentar cicatrizes maduras nos 12 primeiros meses, alguns(as) pacientes apresentam modificações do aspecto cicatricial até mesmo após o 18o mês.

Ter sempre em mente que a colaboração do(a) paciente no pós-operatório e a observância das instruções dadas pelo cirurgião são de grande importância na obtenção de um bom resultado.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

- A cirurgia de fissura labial é realizada para correção da deformidade labial e nasal. Entretanto, outras cirurgias podem ser necessárias no futuro, devido a diversos fatores, como desenvolvimento facial, potencial de crescimento alterado causado pela fissura, evolução cicatricial e possível retração da mesma.
- Poderá haver edema (inchaço) na área operada que, eventualmente, permanecerá por semanas, menos frequentemente por meses.
- As crianças podem não aceitar a dieta (leite) nos primeiros dias devido a dor, mas rapidamente elas retornam a se alimentar normalmente. É importante oferecer sua dieta convencional. Os pais devem esclarecer com seu cirurgião sobre o uso de mamadeira e chupetas.
- A ação solar ou a iluminação fluorescente poderão ser prejudiciais no período pós-operatório. Assim, você deve evitá-las.
- Poderá haver secreções acumuladas nas áreas operadas, requerendo limpezas diárias e, algumas vezes, de curativos cirúrgicos e/ou revisão cirúrgica em uma ou mais oportunidades.

- Poderá haver dor e/ou prurido (coceira, ardor) no pós-operatório em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado.
- Ocasionalmente, poderá haver transtornos do comportamento afetivo, em geral, na forma de ansiedade, depressão ou outros estados psicológicos mais complexos.
- Caso haja necessidade de cirurgias complementares para melhorar o resultado obtido (*refinamento*) ou corrigir um insucesso eventual (*retoque*), o(a) paciente deve estar ciente de que deverá arcar com os custos do material a ser utilizado, bem como da instituição hospitalar e da anestesia, mesmo quando não se estabeleçam honorários profissionais.
- **O médico** não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.
- **Caso 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 no leito do paciente. 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.**

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

A) NO PRÉ- OPERATÓRIO:

1. Obedecer às instruções dadas para a internação.
2. Comunicar qualquer anormalidade que eventualmente ocorra quanto ao seu estado geral, principalmente estados gripais, muito comum na idade.
3. Jejum: para crianças: jejum absoluto de 8 horas, incluindo mamadeira COM LEITE EM PÓ OU DE VACA. Porém, indica-se líquido (como água, chá e LEITE MATERNO) até QUATRO horas antes da cirurgia. Isto deve ser confirmado com seu cirurgião e seu anestesiológico.
4. Não trazer objetos de valor para o hospital.
5. Vir acompanhado para a internação.
6. Evitar uso de brincos, anéis, etc.

B) NO PÓS-OPERATÓRIO:

5. Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 14 dias.
6. Comparecer ao consultório para controle pós-operatório nos dias indicados.
7. Obedecer à prescrição médica.
8. Alimentação livre, a partir do 2o dia. O modo de se alimentar deve ser decidido com sua equipe médica. Alguns liberam a mamadeira, outros solicitam que se utilize colher para alimentar a criança.
9. A chupeta deve ser evitada.

DO CONSENTIMENTO:

Eu, _____, de posse de todas as informações que me foram fornecidas, declaro de livre e espontânea vontade que recebi, li, entendi e aceito como verdadeiro todo o conteúdo nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer todas as dúvidas remanescentes a respeito do procedimento ao qual vou me submeter, as quais me foram explicadas claramente por meu médico e/ou por sua equipe.

Assim sendo, dou meu consentimento livre e esclarecido para que o Dr. _____, reconhecendo-o como **Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP)**, possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de **Correção de Fissura Labial**.

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: _____, _____, _____

(assinatura do(a) paciente (ou de seu representante legal))

Testemunha _____ RG ou CPF: _____

Testemunha _____ RG ou CPF: _____