

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
OTOPLASTIA
(Cirurgia plástica da orelha – orelha de abano)

Objetivo da cirurgia: modificar a posição da orelha com o intuito de diminuir o aspecto da denominada “orelha de abano”, contribuindo assim para o bem-estar psicossocial do indivíduo e, principalmente, das crianças em idade escolar, devido aos comentários e/ou zombaria dos colegas. Todavia, nada impede que tal correção se faça em outras fases da vida.

Limitações no resultado da cirurgia: importante frisar que não existe uma orelha igual à outra. Mas, nem sempre estas diferenças naturais são percebidas pelo paciente antes da cirurgia. O que muda com a cirurgia é que a orelha terá um aspecto mais normal, sendo posicionada mais próxima da cabeça e com seu relevo mais pronunciado. Entretanto, as demais características já existentes, como assimetrias e contornos, serão mantidas. O tamanho da orelha não será diminuído, a não ser em situações especialíssimas e, portanto, raras.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1. Tipo de anestesia:** em crianças, anestesia geral. Em adultos, pode ser local com sedação assistida, ou outra, a critério dos médicos (cirurgião e anesthesiologista).
- 2. Tempo de duração da cirurgia:** quando bilateral, em média 60 minutos. Sendo unilateral, 30 minutos.
- 3. Período de internação:** com anestesia geral, 24 horas. Com local, 3 a 6 horas.
- 4. Cicatrizes:** a cicatriz desse tipo de cirurgia fica quase imperceptível, em razão de localizar-se atrás da orelha, próxima ao cabelo. No início podem ficar mais espessas e avermelhadas, melhorando normalmente com o passar do tempo. Sendo uma região de pele muito fina, a tendência da cicatriz é ficar quase imperceptível.
- 5. Dor no pós-operatório:** geralmente, a dor é bastante suportável; se houver, será reduzida com o uso de analgésicos.
- 6. Náuseas:** podem ocorrer nas primeiras horas após a anestesia.
- 7. Curativos:** a proteção da cicatriz é feita com pequenos curativos e a orelha é protegida, nos primeiros dias, com uma touca elástica (principalmente em crianças), o que previne traumatismos locais. Não deverá retirar a touca por, pelo menos, dois dias. Depois de retirada, deverá continuar usando-a em casa, ou quando for dormir, até completar 45 dias de operado(a). Se necessário, a orelha pode ser envolvida com uma fina película gessada, que será mantida pelo período de 2 semanas.
- 8. Retirada dos pontos:** os pontos são retirados por volta do 7º ao 8º dia de pós-operatório, devendo ser agendados o dia e hora para tanto.

9. Resultado definitivo: é variável, de pessoa para pessoa, no entanto, após 12 semanas já será possível fazer uma avaliação; todavia a alta completa se dará após seis meses, quando o (a) paciente será submetido (a) a exame e novo estudo fotográfico para controle de qualidade dos resultados. Em casos raros poderá ser indicado pequeno ajuste, também denominado retoque ou refinamento da cirurgia e ou da cicatriz (caso tenha tendência para formar quelóides).

10. Lembrar sempre que um lado do corpo nunca é igual ao outro, assim, uma pequena assimetria é possível de ser observada, mesmo após a cirurgia, o que também ocorre com as pessoas que têm orelhas normais, já que não existe simetria absoluta na natureza.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Comunicar, até a véspera da cirurgia, se você apresentar alguma ocorrência, tal como gripe, febre, infecção ou algo semelhante.
- Obedecer ao horário estabelecido para a internação. Vir acompanhado(a).
- Jejum por um período de 8 horas antes da cirurgia.
- Lavar os cabelos na véspera da intervenção. Caso tenha cabelos compridos e decida cortá-los, deixe isso para um período posterior à cirurgia, pois eles ajudarão a disfarçar a área operada.

B. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 20 dias.
- Dieta livre.
- Comparecer ao consultório para controle pós-operatório, nos dias e horários indicados.
- Atividades escolares ou profissionais, recomencar em torno de 3 a 7 dias após a cirurgia.
- Caminhadas esportivas – após 10 dias (evitar sol).
- Outros esportes – após 30 dias (exceto os esportes que coloquem a orelha em risco, como jiu-jitsu ou judô, os quais só serão liberados com 3 meses de pós-operatório).
- Sol intenso direto na face – após 20 dias, usando protetor solar.
- Uso de óculos – quando apoiado à orelha, somente 1 mês após.
- Lavagem do cabelo – com cuidado poderá ser liberada no 3º dia, após a retirada da touca, tendo o cuidado de não dobrar a orelha para frente. Ao limpar e/ou enxugar a pele atrás da orelha, usar apenas cotonetes.
- Obedecer à prescrição médica.
- 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.
- Lembrar que um bom resultado final depende também de você.

RISCOS

A Otoplastia, além dos riscos gerais de toda cirurgia, bem como da anestesia, pode apresentar os seguintes riscos: assimetria de formas ou de posição entre uma orelha e a outra, alteração na sensibilidade local, cicatrizes aparentes e/ou do tipo queloidiana, dor persistente, infecção nas cartilagens.

Qualquer sensação estranha ou alteração no local da cirurgia deve ser, de imediato, comunicada ao seu(sua) cirurgião(ã).

Lembrete: Toda cirurgia com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar de um **refinamento ou retoque**. Converse com seu cirurgião sobre isto.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, **EU**,, declaro que fui total e claramente informado (a) e, portanto, **dou meu consentimento para que o (a) Dr.(a)**, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **OTOPLASTIA**, bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

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.

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.

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 _____, de _____, de _____

(Assinatura do (a) paciente)

CPF

Testemunha 1: _____
Nome/Assinatura

CPF

Testemunha 2: _____
Nome/Assinatura

CPF