

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrita no CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter à cirurgia denominada **AUMENTO DE GLÚTEOS COM INCLUSÃO DE PRÓTESE**, e todos os procedimentos que a incluem, a ser realizada em ___/___/____, pelo Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que o procedimento cirúrgico foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o procedimento.

1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:

- 1.1. Trata-se do procedimento cirúrgico que tem como objetivo o aumento do tamanho, além de modelar o formato dos glúteos.
- 1.2. O procedimento é indicado para pacientes que possuem nádegas pequenas, com formato achatado ou que apresentam perda de sustentação.
- 1.3. A incisão para realização do procedimento é feita com cerca de cinco a sete centímetros no sulco vertical, que fica entre os glúteos, e as próteses são inseridas por dentro dos músculos glúteos maiores, numa posição anatômica, sendo a escolha da prótese feita pelo cirurgião plástico, conforme julgar mais adequado ao caso da paciente, levando em conta a acomodação e elasticidade da pele e dos músculos do paciente. A escolha do tamanho não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia, sendo um correspondendo ao tamanho idealizado, outro em um número acima dele e outro abaixo dele.
- 1.4. Esta cirurgia **não corrige** estrias, flacidez ou celulites.
- 1.5. O procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para a paciente.

2. Dos riscos e complicações inerentes ao procedimento:

- 2.1. Estou ciente de que, apesar de todos os cuidados dispensados pelo profissional, como ocorre em qualquer procedimento, sempre haverá riscos e a possibilidade de complicações, tais como:
- **Cirurgia secundária**: O resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente. **Dessa forma, pode haver a necessidade de nova cirurgia. Estou ciente de que tal procedimento, caso necessário, implicará em custos adicionais, que deverá ser arcado por mim;**
 - **Sangramento**: É possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele, retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo, inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem;
 - **Dor**: Poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente para paciente;
 - **Inchaço**: Poderá ocorrer inchaço na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses;
 - **Manchas**: Poderá haver manchas na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente, por meses e, raramente, serão permanentes. Poderá haver também descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo. Muito raramente, estas alterações poderão ser permanentes;
 - **Seroma e Edema**: Eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
 - **Alteração na sensibilidade**: Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, e que é variável de paciente para paciente;
 - **Perda de vitalidade biológica**: Poderá ocorrer perda de vitalidade biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;
 - **Necrose de tecido**: Pacientes que possuem cicatrizes anteriores, indivíduos fumantes, obesos, ex-obesos, diabéticos e pessoas com problemas circulatórios têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização. **Todavia, esta complicação pode ocorrer mesmo sem que haja um fator de risco identificável.**



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

O tratamento consistirá em curativos para estimular o fechamento espontâneo da lesão e, muitas vezes, poderá haver a necessidade de um retoque cirúrgico posterior;

• **Lesão a estruturas profundas:** Estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;

• **Assimetria:** Fatores como tônus da pele, tônus musculares, proeminências ósseas, desvios de coluna vertebral e outros depósitos de gordura podem contribuir para a presença de assimetria corporal após a cirurgia. **Poderão ocorrer diferenças entre um lado e outro do glúteo, principalmente, se elas já existiam antes da cirurgia. O cirurgião empenhará todos os esforços no sentido de minimizar tais assimetrias, todavia, não há como garantir um resultado perfeitamente simétrico, por questões fisiológicas;**

• **Pontos (suturas) profundos:** Como a técnica cirúrgica pode utilizar fios não absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície, causando algum tipo de incômodo à paciente, que os levem a ser retirados pelo cirurgião;

• **Processo infeccioso:** Poderá ocorrer na área operada ou em áreas distantes da cirurgia, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele da paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

• **Contratura capsular:** A formação de tecido cicatricial rígido em torno do implante que promove o seu encapsulamento, gerando deformidade do glúteo. Este tipo de complicação requer a retirada das próteses, sendo necessário aguardar o tempo de recuperação tecidual para a realização de cirurgia reparadora. Como as próteses possuem garantia, a paciente não arcará com os custos das mesmas, todavia, eventuais custos cirúrgicos poderão ser cobrados;

• **Resultado “artificial”:** Eventualmente, o resultado final poderá ficar com aparência “artificial”. Todavia, o critério para tal avaliação é de cunho subjetivo, não havendo parâmetros fixos para a sua determinação. Além disso, certo grau de artificialidade é esperado, tendo em vista tratar-se de prótese inserida com o intuito de alterar a formação fisiológica natural da região.

• **Movimentação da prótese:** provocando forma insatisfatória das nádegas. Além da possibilidade de ser visível ou palpável.

• **Ruptura do implante:** A solução que preenche a prótese é atóxica e, via de regra, quando se rompe, fica em volta da prótese, havendo baixo risco de infecção. Neste caso, haverá a necessidade de substituição da prótese;

• **Rejeição das próteses:** Existe a possibilidade de que o organismo venha a não tolerar a presença das próteses e, caso isso ocorra, as próteses deverão ser removidas, sendo que tal fato não é decorrente do atuar do cirurgião.

• **Enrugamento** da pele sobre o implante;

• **Aumento ou forma insatisfatória (muito grande ou muito pequena);**

• **Reações alérgicas:** Em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas mais sérias podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia (anestesia) ou no pós-operatório;

• **Anestesia:** Todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e até mesmo óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação;

• **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizados, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação, o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que o paciente informe ao anestesista, na ENTREVISTA PRÉ-ANESTÉSICA, a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.

2.2. As intercorrências anestésicas, cirúrgicas e pós-operatórias já listadas independem do atuar do cirurgião. Portanto, não serão responsabilidade do médico as consequências financeiras do eventual atraso do retorno do paciente às atividades profissionais (lucros cessantes) decorrente destas.

2.3. Declaro que fui cientificada pelo médico sobre os riscos externos do procedimento, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos, por tempo prolongado.

2.4. Fui devidamente cientificada de que, tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que, eventualmente, não impedem a realização de cirurgias, **podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente, no que tange ao processo de cicatrização.**



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

2.5. O fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos que, certamente, irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminui a expansão dos pulmões e causa acúmulo de secreções, que aumenta os riscos de pneumonia.

2.6. Poderá haver eventuais prejuízos e limitações para algumas práticas esportivas e absoluta impossibilidade para injeções intramusculares nas nádegas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, lúpus, não foi comprovado até o presente momento.

2.7. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde da paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).

3. Das próteses:

3.1. Estou ciente de que a equipe médica não se responsabiliza pela qualidade da prótese, já que todas as comercializadas no Brasil apresentam registro da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que é o órgão encarregado por este tipo de fiscalização.

3.2. Existem próteses em diversos formatos e tamanhos. Os critérios de escolha estão sujeitos ao biótipo da paciente e devem estar em acordo com o formato do corpo, buscando-se uma harmonia corporal.

3.3. O volume adequado da prótese de silicone deve ser avaliado e definido pelo cirurgião, que determinará o tamanho da prótese a ser colocada, avaliando a proporção/harmonia corporal, bem como a sustentação da pele da região dos glúteos.

3.4. Estou ciente de que poderá ocorrer o endurecimento dos glúteos, chamada contratura capsular, e a queda do glúteo, por uma baixa qualidade de pele. Fica entendido também que não existe a menor garantia de que a glúteo ficará com o aspecto arredondado, comum nas próteses de silicone. Isso poderá não ocorrer devido ao aspecto gorduroso do glúteo ou da pele flácida, **não havendo, portanto, nenhuma garantia de que o resultado será atingido.**

3.5. Estou ciente de que, em razão de estar me submetendo a cirurgia de aumento de glúteos com implante de próteses, e que, caso venha a apresentar dor, nódulos, inchaço ou assimetria na região do implante, **deverei buscar atendimento junto ao médico cirurgião e realizar todos os exames necessários, conforme sua indicação, para diagnóstico e tratamento adequado da enfermidade apresentada.**

3.6. Quanto a troca de próteses, alguns médicos recomendam a troca a cada 10 (dez) anos, todavia não há um consenso sobre a necessidade. O paciente deve realizar exame anual com o médico para verificação da necessidade.

4. Da cicatrização:

4.1. Declaro que fui devidamente esclarecida de que, como resultado da cirurgia, existirão cicatrizes nos **sulcos entre as nádegas**, com tamanho variável, que serão permanentes. Haverá ainda pequenas cicatrizes referentes aos drenos. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

4.2. Poderão ocorrer complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso e necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e, independem da técnica cirúrgica empregada.

4.3. Embora o procedimento cirúrgico tenha o objetivo de corrigir imperfeições, **tenho a consciência de que os resultados deixarão outros tipos de imperfeições, na forma de cicatrizes e marcas na pele, que fazem parte das consequências pós-cirúrgicas.**

5. Das contraindicações:

5.1. É imprescindível que a paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez (se mulher), bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situações podem prejudicar sua recuperação.

5.2. Estou ciente de que o procedimento não é indicado em caso de:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Pacientes com doenças cardíacas;
- Pacientes com obesidade grave;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduos, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

5.3. Serão analisadas, individualmente, situações como a faixa etária da paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias, como histórico familiar de câncer e uso de determinados medicamentos.

5.4. Para a realização do procedimento é necessária a avaliação de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos) para a constatação do perfeito estado de saúde da paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

6. Dos cuidados ANTES do procedimento:

- Responder com honestidade a anamnese;
- Estar acompanhada no dia da cirurgia;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender Ômega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS (ácido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;
- Estar em jejum completo, pelo período determinado pelo médico;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar, durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- Realizar os exames previamente solicitados pelo médico;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de líquidos saindo pelo bico dos seios, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior à cirurgia;
- Pacientes que fazem uso de pílula anticoncepcional devem discutir com o médico a necessidade da suspensão do medicamento antes do procedimento;
- Obedecer às instruções dadas para a internação.

7. Dos cuidados APÓS o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Manter repouso absoluto, não realizando esforço no pós-operatório imediato, pelo período determinado pelo médico responsável;
- **Sempre que precisar tomar uma injeção nos glúteos avisar que possui uma prótese de silicone para que a injeção seja aplicada em outro local;**
- Deverá dormir de bruços, pelo período indicado pelo médico responsável;
- Evitar ficar sentada por um longo período, logo após a cirurgia;
- Não realizar esforços e atividades físicas de impacto;
- Evitar exposição solar, pelo período não inferior a um mês, após o procedimento e, após, fazê-lo com uso de filtro solar;
- Comparecer às consultas de revisão previamente agendadas.
- Evitar contato com animais de estimação por pelo menos 20 (vinte) dias de pós-operatório. O contato com qualquer tipo de secreção (especialmente a saliva de cães e gatos) podem elevar o risco de contrair uma infecção com consequências potencialmente sérias.

7.1. Esforços físicos, relações sexuais, dirigir, dormir de bruços e atividades físicas, **somente após a avaliação e liberação médica**, sendo o período variável de paciente para paciente.

8. Do compromisso com o tratamento

8.1. Fui devidamente cientificada de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às consultas de revisão previamente agendadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento e as consequências dessa omissão no tratamento, **estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode ser considerado como abandono de tratamento.**

8.2. As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo médico, durante o pós-operatório. A critério médico podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

8.3. Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificada de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderá me trazer prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

9. Da inexistência de promessa de resultado:

9.1. Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional ao ato cirúrgico.

9.2 O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

9.3. Estou ciente de que podem haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, perda ou ao ganho de peso, força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com a cirurgia, e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.

10. Do compartilhamento de dados:

10.1. Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso.

10.2. Assim sendo, autorizo, na forma do art. 11 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados com quem julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

11. Da Autorização para uso da imagem:

Estou de acordo que sejam retiradas fotografias das regiões a serem tratadas, podendo ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

12. Das considerações finais:

12.1. Declaro, em prontuário, informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecida sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

12.2. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta cirúrgica planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros.

12.3. Fui esclarecida de que o resultado da cirurgia plástica ficará comprometido se houver variação no peso superior a 3 quilos, seja perda ou ganho.

12.4. O procedimento cirúrgico não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de minha expectativa irreal.

12.5. Fui esclarecida de que, durante o ato cirúrgico, podem surgir situações ou elementos novos, que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários.

12.6. Por tal razão, AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como uso de hemocomponentes, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.

12.7. Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expreso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____



CIRURGIA PLÁSTICA DE AUMENTO DE GLÚTEOS COM (PRÓTESES) – IMPLANTES

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

O OBJETIVO deste tipo de cirurgia é o de aumentar o volume na região glútea. Assim, a cirurgia de aumento dos glúteos lhe proporcionará nádegas maiores, mas não vai lhe beneficiar com a elevação das nádegas quando estas já estiverem caídas pela flacidez da pele e pelos músculos locais.

A ESCOLHA DO TAMANHO desejado não poderá ser definida com exatidão antes da cirurgia: o seu médico experimentará moldes durante a cirurgia, sendo um correspondendo ao tamanho idealizado, outro em um número acima dele e outro abaixo dele. A escolha final será baseada nas condições de acomodação e elasticidade de sua pele e dos músculos.

ASSIMETRIAS. Outro aspecto importante são as assimetrias. Todo corpo tem diferenças entre um lado e outro, sendo que muitas pessoas nunca notaram estas pequenas diferenças, até terem feito uma cirurgia no local. Esta diferença, se preexistente, permanecerá após a cirurgia, podendo ser mais notada pelo(a) paciente após o aumento proporcionado pelas próteses.

CICATRIZES existirão, e serão colocadas no sulco interglúteo, conforme será demonstrado previamente para seu conhecimento e aprovação. Haverá ainda pequenas cicatrizes referentes aos drenos. As cicatrizes são definitivas e seu aspecto final dependerá das características próprias da sua pele nestas regiões. Mas, de qualquer maneira, estas cicatrizes ficarão aparentes e perceptíveis. Além disso, no início serão mais evidentes, normalmente melhorando com o decorrer do tempo. Em alguns casos poderá ocorrer a formação de quelóides, cicatrizes alargadas ou cicatrizes hipertróficas. Esse é um risco existente em qualquer procedimento cirúrgico.

ALTERAÇÕES NA SENSIBILIDADE e contratura capsular: Alteração de sensibilidade da pele local poderá ocorrer, podendo ser transitório ou definitivo. As próteses de silicone, após sua colocação, são naturalmente envolvidas por uma cápsula, o que é uma reação normal do organismo à presença da prótese (IMPLANTES): em raros casos, esta cápsula se torna vigorosa o suficiente para endurecer as nádegas e até modificar o seu formato, ocasionando um formato antiestético, endurecido e, às vezes, doloroso. Este evento recebe o nome de “*contratura capsular*”, podendo ser necessário realizar nova cirurgia, ou troca de prótese (IMPLANTES) e, em alguns casos, até a retirada da prótese (IMPLANTES), provocando flacidez local.

Na eventualidade de um traumatismo violento sobre as próteses, é importante que seu médico seja avisado e possa avaliar o aspecto das mesmas para verificar sua integridade. As próteses (IMPLANTES) atuais contêm gel de alta coesividade e resistência que, mesmo em casos de ruptura, apresentam menor difusão nos tecidos.

TROCA DE PRÓTESE: alguns médicos recomendam trocar as próteses (IMPLANTES) a cada 10 anos. Não há consenso ainda sobre esta necessidade, até o momento. Uma sugestão cautelosa é fazer um exame anual com seu médico.

DURAÇÃO DO RESULTADO: o novo formato das nádegas não será para sempre, ou seja, estará sujeito às mudanças que a idade provoca nos músculos e na pele. Ao longo dos anos poderão estar indicadas novas cirurgias, com ou sem troca das próteses (IMPLANTES), na tentativa de oferecer um resultado próximo ao obtido anteriormente. Estes riscos e outros que serão mencionados devem ser perfeitamente

entendidos e aceitos antes da cirurgia. Além disso, outros riscos poderão ser futuramente evidenciados pela dinâmica continuidade da pesquisa médica.

RISCOS

Além dos riscos gerais de qualquer cirurgia e anestesia, as cirurgias de aumento glúteo com prótese (IMPLANTES) apresentam os seguintes riscos:

- Dor local moderada ou severa, precoce ou tardia e até mesmo crônica, com extensão para a área das pernas;
- Aumento e/ou forma insatisfatórias (muito grande ou muito pequena);
- Prótese (IMPLANTES) visíveis ou palpáveis;
- Perda de um ou mais pontos (deiscência) pelo esforço e tensão local e/ou infecção;
- Endurecimento e/ou deformação e/ou dor (por contratatura capsular) de uma ou ambas as nádegas em qualquer época recente, tardia ou muito tardia, após a colocação das próteses (IMPLANTES);
- Infecção e exposição da prótese (IMPLANTES) para fora da pele e perda da prótese (extrusão da prótese);
- Movimentação da(s) próteses (IMPLANTES) provocando forma insatisfatória da(s) nádega(s);
- Ruptura da prótese, durante ou após a cirurgia, com extravasamento de silicone, requerendo sua substituição;
- Assimetria de forma e/ou tamanho (diferença entre uma nádega e outra) seja ela uma nova assimetria ou acentuação de uma assimetria preexistente;
- Alterações na sensibilidade local, seja transitória ou definitiva, acúmulo de sangue ou líquido (hematoma e seroma) no local da prótese, requerendo drenagens no local ou reoperação precoce ou tardia;
- Manchas na pele local ou à distância (*rash* cutâneo);
- Eventual prejuízo e limitações para algumas práticas esportivas e absoluta impossibilidade para injeções intramusculares nas nádegas. O risco de problemas do tipo autoimune (artrite reumatoide, *lúpus*) não foi comprovado até o presente. O seu médico estará à sua disposição para explicar cada um destes riscos e o que poderá ser feito, caso estas situações infrequentes venham a ocorrer. Riscos adicionais poderão vir a ser evidenciados, futuramente, pela pesquisa 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.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, **EU**,, declaro que fui total e claramente informada e, portanto, **dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a)**, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, de **AUMENTO DE GLÚTEOS COM PRÓTESE (IMPLANTES)**, 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 anesthesiologista 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, 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 **me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo** e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião. Assim agi, e o confirmo, **assinando abaixo e rubricando** todas as folhas do mesmo.

Observações: -----

Local: **Data:** de de 20.....

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: -----

CPF

Testemunha 2: -----

CPF