

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## 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 contratura 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 (*rush* 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