

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



TRANSPLANTE CAPILAR ou RESTAURAÇÃO CAPILAR

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A principal indicação para o transplante capilar é a de transferir cabelo de uma região (*área doadora*) para outra região (*área receptora*), afetada pelo processo de calvície, também conhecido como *alopécia androgenética*. É importante lembrar que o processo de calvície é progressivo e não será afetado pela cirurgia de transplante capilar.

A técnica, denominada *Transplante de Unidades Foliculares*, requer a retirada de um segmento (ou faixa) de couro cabeludo da área doadora, cujas dimensões variam de acordo com a quantidade necessária para realizar uma boa densidade na área receptora. Como resultado, haverá uma cicatriz linear na área doadora, que permanecerá sempre camuflada no couro cabeludo, ficando PRATICAMENTE imperceptível após o processo natural de cicatrização.

Uma técnica alternativa é a retirada individual das unidades foliculares, conhecida pela sigla em inglês FUE (follicular unit extraction ou extração de unidades foliculares). Neste procedimento, o cirurgião remove cada unidade folicular, deixando centenas de micro-cicatrices em vez de uma única cicatriz linear.

Os enxertos de cabelo, preparados pela equipe de técnicos, sempre com o auxílio da microscopia, conterão de 1 a 4 folículos, portanto NÃO resultarão em qualquer aspecto artificial (como cabelo de boneca). Os enxertos serão introduzidos na área receptora, em orifícios mínimos, com cicatrizes PRATICAMENTE imperceptíveis.

O procedimento será realizado em Centro Cirúrgico, sob anestesia local, com uma sedação intravenosa, ministrada pela equipe de anestesia. O paciente não sentirá qualquer desconforto, e tampouco terá lembrança do ato cirúrgico. Sua duração variará entre 4 e 5 horas. Durante a cirurgia, o paciente estará sempre monitorado em relação aos sinais vitais (ie. pressão arterial, ritmo cardíaco, frequência respiratória), pela equipe de anestesia.

PLANO CIRÚRGICO DO PACIENTE: será transplantada uma quantidade de enxertos suficiente para dar um bom volume capilar, nas regiões XXX (área receptora), onde atualmente existe um processo de calvície, o que foi explicado – e aceito pelo paciente – durante a consulta médica.

O PÓS-OPERATÓRIO: O paciente fará sua recuperação no quarto de repouso, e, sempre que as condições clínicas forem adequadas, ele poderá ter alta no mesmo dia. Precisa estar sempre acompanhado. O paciente não poderá dirigir automóvel no dia da cirurgia.

Não costuma ocorrer dor importante no pós-operatório; o paciente tomará analgésico para qualquer desconforto, seguindo as demais orientações que lhe foram passadas por escrito. É possível que ocorra edema (inchaço) na região da testa, nos primeiros quatro dias; por isso, sugere-se que o paciente planeje um afastamento de suas atividades profissionais e sociais nesse período.

Cada enxerto de cabelo cria uma pequena crosta, a qual cai após um período de 1 a 2 semanas. Junto com esta crosta, o cabelo transplantado sofre um processo de queda, e entra em fase de repouso, começando a crescer num período de aproximadamente 3 meses. No entanto, é importante saber que este tempo é variável, de pessoa a pessoa, podendo ser um pouco maior.

Para que o paciente aprecie o resultado final, é necessário aguardar um período não inferior a doze meses, tempo suficiente para que o fio de cabelo transplantado tenha uma dimensão de aproximadamente 5 a 7 cm de comprimento.

Lembrete: É importante enfatizar que a densidade de cabelo transplantado depende das condições do próprio paciente (tais como a quantidade de enxertos que será possível produzir com o segmento retirado e a qualidade do cabelo da área doadora) e que para atingir uma alta densidade final serão necessárias mais etapas (sessões), em tempo não inferior a um ano.

Necessário, também, ter em mente que a cirurgia plástica é uma especialidade médica, e como tal objetiva trazer um resultado satisfatório ao paciente; entretanto, não há como garantir um determinado resultado final, uma vez que existem variáveis que fogem ao controle do cirurgião.

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 contido nos itens deste TCI, bem como confirmo que ainda pude esclarecer 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(a) Dr.(a), reconhecendo-o(a) como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de *Transplante Capilar*.

Observações: -----

Local: _____ Data: _____, _____, _____

(assinatura do(a) paciente)

TESTEMUNHAS:

1..... RG ou CPF:
(nome)

2..... RG ou CPF:
(nome)