

## Termo de Esclarecimento e Consentimento

### BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Declaro que desejo submeter-me voluntária e conscientemente à cirurgia para **Blefaroplastia inferior** estando ciente dos aspectos que vêm especificados a seguir:

- O objetivo da cirurgia é melhora de estética facial.
- Após uma cirurgia bem sucedida, a flacidez da pálpebra pode recidivar, ou seja, retornar, independente dos recursos médicos utilizados.
- No período pós-operatório podem ocorrer desconforto, coceira, sensação de repuxamento, edema (inchaço) palpebral, hematoma (coloração arroxeadada na pele), epífora (lacrimejamento), ectrópio (eversão da margem palpebral), lagoftalmo (dificuldade de fechar o olho). Tais alterações costumam ser transitórias e geralmente melhoram após a regressão do processo inflamatório, podendo ser perenes em raras circunstâncias.
- Em alguns casos, dependendo do resultado obtido (hiper ou hipocorreção), nova cirurgia poderá ser necessária.
- O procedimento, como qualquer intervenção cirúrgica, mesmo sem intercorrências, oferece riscos potenciais a si inerentes, ainda que raros, tais como:
  - Processos inflamatórios leves, moderados ou graves na pálpebra.
  - Infecção pós-operatória.
  - Formação de quelóide (cicatriz mais grossa que o normal) dependendo da predisposição de cada paciente.
  - Pigmentação (escurecimento) da cicatriz, o que pode ser mais ou menos evidente, também dependendo da susceptibilidade de cada paciente.
  - Deiscência de sutura, ou seja, os pontos se soltarem antes do tempo previsto, em virtude de infecção, inflamação exagerada, traumas locais ou espontaneamente.
  - Sangramento discreto, moderado ou intenso através dos pontos, o que pode necessitar de nova intervenção cirúrgica.
- Devo, segundo orientação médica, adquirir e fazer uso de toda a medicação prescrita e comparecer a todas as consultas pós-operatórias, além de comunicar imediatamente quaisquer anormalidades que venham a ocorrer após a cirurgia.

Tendo sido esclarecido quanto a tudo que indaguei acerca da cirurgia a ser realizada, declaro que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste termo e autorizo a realização do procedimento.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome do paciente (ou Responsável)

---

Assinatura do paciente (ou Responsável)

---

Assinatura e carimbo do Médico

Núcleo de  
Oftalmologia  
Especializada