

Termo de Esclarecimento e Consentimento

PLÁSTICA OCULAR

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

- O objetivo da cirurgia é reposicionar as pálpebras, restaurando sua funcionalidade.
- Após uma cirurgia bem sucedida, pode haver recidiva, independente dos recursos médicos utilizados.
- Em alguns casos pode haver necessidade de enxerto de pele e/ou mucosa oral.
- No período pós-operatório podem ocorrer desconforto, coceira, sensação de repuxamento, edema (inchaço), hematoma (coloração arroxeadada na pele), epífora (lacrimejamento), ectrópio (eversão da margem palpebral), entrópio (inversão da margem palpebral), lagoftalmo (dificuldade de fechar o olho), ptose (queda da pálpebra). 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, 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