

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037
TERMO DE CONSENTIMENTO		
Código: CC.TCLE.029		
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Rinoplastia		

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**RINOPLASTIA**" por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A cirurgia é realizada por técnica aberta, quando se faz um pequeno corte na pele da região central e anterior do nariz, ou por técnica fechada, em que se opera sem a incisão anterior (incisão apenas no septo nasal). A harmonização da proporção cartilaginosa do nariz é realizada por meio de remodelamento utilizando cortes, suturas e/ou enxertos. Já a porção óssea é moldada por fraturas controladas.


Existe uma ampla gama de técnicas para a realização dos procedimentos acima citados. Serão utilizadas aquelas que estão de acordo com a literatura médica científica, com eficácia comprovada e divulgada em encontros de atualização científica da especialidade.

Ao final do procedimento, são posicionadas faixas microporosas no nariz para reduzir o edema. Tais faixas serão retirada pelo cirurgião em 1 a 2 semanas. Geralmente, o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente, há necessidade de internação de mais de um dia.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA: A rinoplastia é uma cirurgia para harmonização estética nasal, no intuito de amenizar erros de simetria e deformidades adquiridas ao nascimento, por traumatismos ou mesmo devido ao desenvolvimento corporal. A região do nariz com importância estética consiste de ossos e cartilagens recobertos pela pele e por quantidade variável de estruturas subcutâneas (músculos, gordura, glândulas, entre outras).

COMPLICAÇÕES:

- Hemorragia (sangramento em grande quantidade): Apesar de rara, representa o maior risco desta cirurgia. Caso ocorra, os pacientes podem necessitar de tampão nasal, reabordagem cirúrgica e até transfusão sanguínea. Tais procedimentos podem alterar a estética nasal, pois a maior preocupação, no caso de sangramentos volumosos, é com a integridade da saúde e da vida do paciente. Casos de morte por hemorragia são extremamente raros. Necessidade de reoperação: Apesar de bons resultados serem esperados, toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de retoques, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado.
- Infecção, abscesso e hematoma septal: Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e antibióticos.
- Em algumas ocasiões podem causar necrose (perda) de estruturas, o que leva a deformidades permanentes. Podem ser necessárias novas cirurgias, geralmente com resultados estéticos limitados.
- Perfuração septal: É rara e na maioria das vezes não causa problemas. Mas podem provocar sintomas como ruído ao respirar ou sangramentos de repetição, sendo necessário reparo através de nova cirurgia.
- Sinéquias: São aderências (cicatrizes) que podem ocorrer entre as paredes lateral e medial do nariz. Na maioria das vezes não causam sintomas e não requerem nenhum tratamento. Se houver sintomas, podem ser desfeitas com curativos no consultório ou através de nova intervenção cirúrgica.
- Alteração na sensibilidade da pele: A redução (ou perda) da sensibilidade na pele na região do nariz, que costuma ser temporária, pode não se resolver totalmente.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037
TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.029	
	Data Revisão Atual: 08/05/2026	Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Rinoplastia	

- Cicatrizes permanentes e formação de queloides: Poderá haver a formação de uma cicatrização permanente devido à remodelação de pele, osso e cartilagem após o procedimento. Cicatrizes hipertróficas, conhecidas como queloides, também podem ocorrer a depender das características de cada indivíduo.

- Alergia a fios e materiais: Embora incomum, pode ocorrer mesmo em pacientes sem história de alergia prévia. Pode ser necessário novo procedimento cirúrgico para a retirada do material que causou a alergia.

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- ⌚ Cirurgias limpas: até 4%
- ⌚ Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- ⌚ Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, comprometendo-me respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autorizo, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declaro estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:


() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declaro estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.029		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Rinoplastia		

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

RG: _____

CPF: _____

Md.: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.