

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Reg: _____

INFORMAÇÕES GENÉRICAS

A Mentoplastia destina-se a diminuir ou aumentar o queixo (mento). Este tem seu posicionamento ideal na face, obedecendo a certos limites, o que confere harmonia ao rosto. Contudo, não é incomum que o queixo apresente uma posição mais **avançada** ou mais **retraída**, comprometendo, assim, a beleza e a harmonia do rosto.

A Mentoplastia mais comum é aquela que visa corrigir o **retro-posicionamento** (queixo retraído), e isso é feito por meio da inclusão de uma peça de silicone ou utilizando osso do(a) próprio(a) paciente. Não é possível prever com exatidão o aspecto final, pois serão **as condições locais da retração que vão delimitar o tamanho do aumento a ser feito**.

Quanto à diminuição do queixo, esta será realizada retirando-se parte do osso, o que também **encontra limitações naturais acerca do quanto poderá ser diminuído**. De igual maneira, o resultado não poderá ser previsto com exatidão. A finalidade principal da *Mentoplastia* é melhorar o equilíbrio da fisionomia do(a) paciente, mantendo, porém, suas características individuais.

Obs.: **A mentoplastia não tem o poder e nem a função de modificar a oclusão dentária (mordida), bem como não substitui a realização de cirurgia ortognática na mandíbula e/ou maxilar, caso estes procedimentos já tenham sido indicados ao paciente por seu profissional de confiança.**

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. **Tipo de anestesia:** tratando-se apenas de correção do *mento* (queixo), a anestesia será local (com ou sem sedação, dependendo do caso), todavia, se o ato cirúrgico estiver associado a outras intervenções, poderá ser utilizada a anestesia geral.

2. **Tempo de duração da cirurgia:** em média 1 hora, podendo ser maior.

3. **Período de internação:** 1 a 2 horas, podendo variar para mais, de acordo com a reação de cada paciente.

4. **Retirada dos pontos:** geralmente não há pontos externos para serem retirados.

5. **Cicatrizes:** quando o aumento ou a diminuição do queixo são feitos por dentro da boca, as cicatrizes ficarão ocultas entre o lábio e a gengiva. Quando o aumento é realizado através da pele, sob o queixo, será feita uma pequena incisão na parte inferior do queixo. Esta cicatriz, nos primeiros meses de pós, se mostrará mais dura, um pouco elevada e avermelhada. Posteriormente, dependendo do tipo e pele do(a) paciente, e na maioria dos casos, ficará bem pouco aparente. Quando é feita apenas a *enxertia de gordura*, não existirá cicatriz, todavia, este é um caso restrito.

6. **Dor no pós-operatório:** geralmente não há dor; se houver é mínima. Em havendo, debela-se com uso de analgésicos comuns. O mais frequente é que o(a) paciente sinta uma sensação de volume local, causada pelo edema (inchaço) natural no pós do procedimento cirúrgico.

7. **Curativos:** é utilizado um curativo local cuja finalidade é a de ajudar a manter a prótese imobilizada, além de servir de proteção a eventuais traumatismos que possam ocorrer nos primeiros dias. Não molhar o curativo

8. **Repouso:** dependendo do tipo de atividade, apenas um dia de repouso será suficiente. Casos especiais poderão demandar cuidados por mais dias. Falar com seu médico sobre isto. Todavia não é necessário repouso absoluto.

9. **Dieta:** ingerir apenas alimentos moles (pastosos) nos primeiros 4 dias.

10. **Perda da prótese:** a prótese usada na mentoplastia de aumento pode vir a ser eliminada, o que é raro, e quando isto ocorre é devido a problemas surgidos no pós-operatório, tais como *infecção*, *traumatismo sobre a área operada*, *hemorragia* etc. Nesses casos, retira-se a peça mediante uma simples cirurgia sob anestesia local. Posteriormente, poderá ser reintroduzida uma nova prótese.

11. **O ato de conversar:** evite falar desnecessariamente nos primeiros 4 dias de pós-operatório.

A. RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

- Informar, até a véspera da cirurgia, casos de virose, febre, infecção na garganta e, principalmente, **algum dente da arcada inferior que esteja infeccionado ou inflamado** (neste caso há que tratá-lo antes de se submeter à *Mentoplastia*).

- Internar-se no hospital/clínica determinado(a) no dia e hora indicados na guia de internação.
- Em caso de **anestesia local**, permite-se uma refeição leve até **2 horas** antes da cirurgia. Em se tratando de **anestesia geral**, manter-se em **jejum de 12 horas**.
- Comparecer à internação acompanhado(a).

B. RISCOS

- Além dos riscos inerentes a toda e qualquer cirurgia, ainda a *Mentoplastia* pode apresentar os seguintes riscos: aumento ou diminuição insatisfatórios ao(à) paciente, devido às limitações determinadas pelo próprio local da cirurgia. (Conforme já comentado acima nas “INFORMAÇÕES GENÉRICAS”).
- **No aumento de queixo** pode haver deslocamento ou exposição da prótese, sendo esta retirada em caráter provisório (ou definitivo em situações raras). Infecção local. Endurecimento dos tecidos no local da cirurgia, por contratura capsular (na prótese). Deslocamento da prótese, requerendo reposicionamento da mesma. Acúmulo de sangue ou secreções no local da cirurgia, levando a *hematoma*, *seroma* ou *abscesso*. Cicatrizes aparentes.
- **Muito raramente pode ocorrer**: erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local.
- **Na diminuição do queixo** pode ocorrer flacidez ou pequeno excesso de pele na região do pescoço.
- **Alterações na sensibilidade local** podem ocorrer tanto no aumento, quanto na diminuição do queixo.

C. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- **Evitar sol**, friagem e traumatismo no local da cirurgia nos 20 primeiros dias de pós-operatório.
- **Escovar os dentes** com muito cuidado, usando apenas escova macia e pequena (infantil).
- **Não se preocupar** com o edema (inchaço) do queixo, que é natural e pode persistir por dias ou semanas, mas, geralmente, já se mostra pouco evidente após **20 dias**.
- **Alimentar-se** com alimento pastoso nos primeiros **4 dias** e evitar, posteriormente, alimentos sólidos que exijam mastigação intensa. Aguardar a liberação de seu médico para tanto.
- **Retornar** ao consultório nos dias e horários preestabelecidos.
- **O bom resultado** final também **depende de você**, então não deve ficar puxando os lábios para tentar visualizar os pontos.
- **Permanecer** em seu domicílio nas primeiras **24 horas** após a alta hospitalar.
- **Voltar** ao trabalho após o **5º dia** de pós-operatório.
- **Caminhadas** esportivas só após **20 dias** de pós.
- **Esporte** que necessite colocar a face e o pescoço em movimento ou que coloque esta região em risco, só após **30 dias**.
- **Sol direto** e intenso liberado após **45 dias**, mas com uso de **protetor solar** e desde que não apresente **manchas rochas**.
- **Para mulheres**: **maquiagem** possível após **5 dias**.
- **Para homens**: **barbear-se** com cuidado na área operada após **5 dias**.
- **Alta completa**: após seis meses, quando será feita nova sessão de fotos para avaliação da qualidade dos resultados.
- **Caso necessite** se submeter a uma cirurgia de **retoque ou refinamento** do procedimento feito, lhe será indicada qual a data mais conveniente e apropriada para isto.
- **O médico** não pode se responsabilizar por resultado de cirurgia, cujo pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.
- **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.
- **Importante ter em mente que o bom resultado final de sua cirurgia também depende de você.**

Lembrete: Toda cirurgia envolve risco e toda intervenção com finalidades tanto estéticas quanto reparadoras pode necessitar um **retoque ou refinamento** para atingir um melhor resultado. Fale sobre isto com seu médico e se informe, desde já, qual a melhor data para este procedimento.

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 todas 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 Dr....., reconhecendo-o como **Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP)**, possa proceder em mim, juntamente com sua equipe, o procedimento cirúrgico de **Mentoplastia**.

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 anestesiológico 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 (oralmente ou por escrito), 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 meu médico preparou com esmero e que **me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo** e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, **assinando abaixo e rubricando** todas as folhas do mesmo.

Observações:

Local: Data:

Ass. Paciente e/ou Responsável
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

TESTEMUNHAS:

1..... RG ou CPF:

2..... RG ou CPF:

