

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____

Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____

Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA**”, a que vou me submeter. **CBHPM – 3.02.05.00-0 CID – J35.2.**

As adenóides e as amígdalas palatinas são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aerodigestivo superior podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia ou infecções repetidas. As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (respiração bucal, ronco, engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso), e tumores. As indicações cirúrgicas são **relativas** nas adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, nas deformidades orofaciais (existente ou para sua prevenção), otites de repetição, por vezes com redução da audição e, mais raramente, sinusites de repetição. Está indicada a colocação de tubos de ventilação (carretéis) quando persiste, apesar do tratamento clínico, quadro de diminuição de audição pela presença de líquido no ouvido médio, com ou sem retração timpânica, relacionada à possível disfunção ou obstrução da tuba auditiva (trompa de Eustáquio), podendo determinar perda parcial da audição, sensação de plenitude (ouvido cheio), e mais raramente zumbidos (zoeira) ou vertigem (tonturas).

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente:

FEBRE E DOR - Febre e dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias, e devem ser tratadas com medicamentos.

MAU-HÁLITO - É comum ocorrer e cede entre 7 a 14 dias.

VÔMITOS - Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue.

HEMORRAGIA - Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 14 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA

cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

INFECÇÃO - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe, e geralmente regride sem antibióticos.

VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS - Podem ocorrer nos primeiros dias desaparecendo espontaneamente.

RECIDIVA - A recidiva das adenóides é mais frequente em crianças jovens e alérgicas, raramente necessitando reintervenção; e a das amígdalas é rara (brotos linfóides). O retorno do acúmulo de líquido sero-mucoso no ouvido médio é passível de ocorrer e pode exigir nova intervenção cirúrgica.

SECREÇÃO PURULENTA NO OUVIDO - Poderá ocorrer pela entrada de água no ouvido ou após gripes e resfriados, sendo o tratamento feito com limpeza, aspirações e antibióticos.

PERMANÊNCIA DE PERFURAÇÃO TIMPÂNICA - Após a saída do dreno de ventilação poderá permanecer uma perfuração no tímpano. Isto é raro e trata-se com cirurgia (timpanoplastia). A implantação do tecido epitelial para dentro do ouvido médio originando um colesteatoma é rara, mas pode ocorrer.

PERDA AUDITIVA - A perda auditiva causada pelo trauma sonoro do aspirador é rara.

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

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

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA

Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

Assinatura: _____

¹Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 34. 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.

²Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

³Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

