

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA

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 “**POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA**”, a que vou me submeter. **CBHPM – 3.05.02.00-4 CID J33.0 + J32**

PRINCIPIO E INDICAÇÕES:

Sinusite é a infecção existente em cavidades ósseas (sinus) que existem em torno das cavidades nasais (maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais). Quando esta infecção ou comprometimento persiste, e resiste aos tratamentos clínicos, é considerada crônica, e pode-se indicar o tratamento cirúrgico. Pólipo nasal é uma massa, gelatinosa ou fibrosa, que se desenvolve na cavidade nasal ou nos seios paranasais, podendo ser único ou múltiplo, geralmente associado a quadro alérgico. Tais cirurgias (polipectomia e sinusectomias ou sinusotomias) incluem várias indicações, técnicas, acessos e instrumentos, podendo ser realizadas por acesso direto (a céu aberto), e com emprego de materiais convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos, endoscópios, microscópio e laser. A região abordada é extremamente complexa, com artérias, veias, próxima à órbita e à meninge, de acesso difícil e sujeita a frequentes variações anatômicas. Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível se prever exatamente quais alterações serão encontradas e, portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, constituindo os vários fatores que podem impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

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

DOR - É comum no pós-operatório, de intensidade média e de fácil controle.

HEMORRAGIA - Representa um risco importante nestas cirurgias. Os casos mais sérios podem necessitar transfusão sanguínea e até reintervenção cirúrgica. Hemorragias fulminantes são raras, porém descritas na literatura médica.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA

FÍSTULA LIQUÓRICA - É relativamente rara, mas pode ocorrer necessitando geralmente de nova intervenção cirúrgica para o seu fechamento.

MENINGITE - É rara, mas pode ocorrer quando as meninges são atingidas ou expostas.

ABCESSO CEREBRAL, EXTRA-DURAL, e TROMBOSE DOS SEIOS CAVENORSOS – São raros, mas, em ocorrendo, são extremamente graves, com alta mortalidade.

OSTEOMIELITE - A osteomielite dos ossos em torno das cavidades nasais, com o advento da antibioticoterapia, tornou-se muito rara.

COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS - São raras. Podem ocorrer por lesões da fina lâmina óssea que separa o nariz e os seios da face da cavidade orbitária (lâmina papirácea), levando à celulite orbitária, abscesso orbitário e à paresia ou paralisia dos músculos do olho, neurite, cegueira, meningite e tromboflebite do seio cavernoso.

OLFATO - Geralmente o olfato fica reduzido na presença da polipose nasal e, após a cirurgia, na maioria das vezes melhora. Em alguns casos poderá haver piora ou perda total.

RECIDIVA - Quando a polipose nasal é de causa alérgica geralmente há recidiva após meses ou anos. Outros processos nasais e sinusais recidivam mais raramente.

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 POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA

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:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

