

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA NASAL, DO SEPTO E CORNETOS

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 Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**CIRURGIA NASAL, DO SEPTO E CORNETOS**”, a que vou me submeter. **CBHPM – 3.05.01.45-8 – CID J34.2 + J34.3.**

A função do nariz é conduzir o ar, purificá-lo, aquecê-lo, umidificá-lo, servir de câmara de ressonância para o som, possibilitar o olfato e iniciar o reflexo naso-alveolar. No caso de obstrução nasal (nariz entupido) aumenta muito a perda de energia com a respiração, com prejuízo evidente para a saúde e para as funções citadas acima. Esta obstrução nasal pode ter como causa um desvio do septo nasal e/ou aumento (hipertrofia) dos cornetos nasais, dentre outras, e nos casos em que não melhora com tratamento clínico, poderá estar indicada a correção cirúrgica. Frequentemente ocorre também hipertrofia dos cornetos nasais e, nesses casos, é também indicada a redução cirúrgica do volume dos cornetos, por turbinectomia ou turbinoplastia.

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

**HEMORRAGIA** – Nas primeiras 12 horas e na retirada do tampão nasal (após 24 ou 48 horas) é comum haver algum sangramento (apesar do tamponamento), possivelmente originado do cometo nasal parcialmente ressecado, e que em geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, ligadura de vasos e a até transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito rara.

**INFECÇÃO** - Raramente ocorre, devendo ser controlada com curativos e medicamentos.

**ABCESSO SEPTAL E HEMATOMA** – Poderá ocorrer em raros casos, exigindo drenagem.

**PERFURAÇÃO SEPTAL** – É rara, podendo necessitar de reparo cirúrgico.

**SINEQUIAS** – São aderências que podem ocorrer entre a parede lateral e medial do nariz. São desfeitas com curativos e raramente exigem outra intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /  
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA NASAL, DO SEPTO E CORNETOS

**RECIDIVA DOS DESVIOS-** Em técnicas muito conservadoras, principalmente em crianças, a cartilagem poderá voltar parcialmente à posição ou forma anterior por vezes necessitando reintervenção. Assim, podem ser necessários retoques cirúrgicos em casos de pacientes operados de septo, do dorso e/ou da ponta nasal.

**RECIDIVA DA HIPERTROFIA DOS CORNETOS** – Em casos de rinopatia alérgica intensa, a mucosa remanescente poderá sofrer hipertrofia, raramente necessitando re-operação.

**SINUSITE-** É uma complicação pós-operatória possível, (secundária ao tamponamento nasal), cedendo espontaneamente ou com o uso de medicamentos antibióticos.

**HEMATOMA DE FACE, LÁBIO SUPERIOR E PALATO** - Pode ocorrer em cirurgias nasais mais extensas, e cede em alguns dias.

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: _____

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



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA NASAL, DO SEPTO E CORNETOS

## 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: \_\_\_\_\_

**<sup>1</sup>Do 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.

**<sup>2</sup>Da 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.

**<sup>3</sup>Da 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:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

