TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADENOIDECTOMIA COM OU SEM AMIGDALECTOMIA

Por este instrumento particular eu _____,
RG:_____,
CPF:_____ ou meu responsável,
Sr.(a)_____, RG _____ declaro, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao (à) médico(a) assistente,
Dr.(a)_____, inscrito(a) no CRM-TO sob o nº_____ para executar o procedimento designado "Adenoidectomia - com ou sem amigdalectomia", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º de Código de Ética Médica e no art. 9ºda Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento cirúrgico antes apontado, prestando informações detalhadas sobre o meu diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES:
As amígdalas e as adenóides são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero-digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por seu aumento ou infecções repetidas.
As indicações cirúrgicas são absolutas quando ocorre seu aumento com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos, ou pastosos, baixo peso), crises infecciosas muito intensas ou repetidas, e tumores.

As indicações cirúrgicas são relativas nas adenoamigdalites de repetição, abscesso Peri amigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, mau hálito, nas deformidades orofaciais (que existam ou que tendam ocorrer – para sua prevenção) e, mais raramente, sinusites e otites de repetição e otite média secretora.

Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos e laser, fontes de luz, lupas e microscópio.

RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS APÓS A CIRURGIA:
• FEBRE E DOR – A febre e dores de garganta ou dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias e devem ser tratadas com medicamentos analgésicos.
• MAU HÁLITO – é comum ocorrer e cede de 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 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até a reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sangüínea. 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.

RT: Dra. Janaína Franco Neves Paredes – CRM-TO 2153.

• RECIDIVA – é rara. Em crianças alérgicas podem desenvolver-se alguns brotos de tecido linfóide na área operada.
• COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL – complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e serem sérias e devem ser esclarecidas com o anestesista.

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

Declaro estar ciente de que o procedimento proposto não é isento de riscos e que existem algumas intercorrências que 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 atendido(a) em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento,
expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal

NOME:

_____

_____

CPF:_____

RG:_____

Assinatura Testemunha Assinatura Testemunha

NOME:_____

_____

CPF:_____

RG:_____

RT: Dra. Janaína Franco Neves Paredes – CRM-TO 2153.