TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de CIRURGIAS DA CABEÇA E PESCOÇO que lhe remetem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que nortearam a relação médico-paciente, o médico deve informar ao paciente os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Caber ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes referentes às propostas diagnósticas e terapêuticas por eles expressadas, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos pacientes devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

Nome do Paciente: Antônio Freitas
RG n°: 85
Representante Legal: Antônio Freitas
Nome do Médico: Vagner Antonio Rodrigues da Silva
CRM n°: 115875
Data da realização do procedimento: __/__/00

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

No campo da Otorrinolaringologia existem cirurgias da região da cabeça (face, nariz, seios, ourelhas, boca, faringe e couro cabeludo) e do pescoco (incluindo a coluna vertebral), englobando grande número e variedade de procedimentos que tratam de problemas congênitos, infecciosos, tumores (câncer), neurológicos e traumáticos; e por vezes reconstrutivos, funcionais e/ou estéticos. Tais intervenções atuam em tecidos como pele, músculos, cérebro, cartilagens, vasos, nervos e linfonodos, sensíveis à manipulação cirúrgica, e que podem sofrer deformidades estéticas, retrações, infecções e eventuais perdas de estrutura ou função.

As principais cirurgias da cabeça e pescoco tratam de distúrbios, infecções (abscessos) e tumores de ouvidos, nariz, seios da face, boca, faringe e laringe, de pele, vasos, nervos e linfonodos, osteos e lesões benignas da face e do pescoco, tumores de glândulas salivares e de tireóide e paratireóide, e inclui-se a traqueostomia.

Tratamentos complementares como radioterapia e quimioterapia podem ser indicados, de mesma forma que o uso de próteses temporárias ou definitivas, conforme o caso.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

FEbre e dor - Podem surgir febre e dor refletindo ou na área operada, e devem ceder em poucos dias.
INFECCÃO - Pode ser grave, e ocorrer na região operada, em especial nas cirurgias do pescoco que chegam até a boca ou garganta, que são consideradas potencialmente contaminadas, ou a distância, por exemplo, respiratória, urinária ou digestiva.
Fístulas - São canais ou comunicações entre duas estruturas ou entre uma estrutura e a pele. Surgem como consequência natural da doença ou em decorrência do ato cirúrgico que ao remover os tecidos comprometidos pela doença levaram a formação da fístula.
MAU-HÁLITO OU MAU CHEIRO - É comum ocorrer em cirurgias do lábio ou da boca. Em outras áreas pode significar infecção.
HEMORRAGIA - Representa um foco nativo, podendo ocorrer até algumas dias após o ato cirúrgico, exigir ou não drenagem e, quando em maior volume, necessitar reintervenção cirúrgica, reposição de líquidos ou sangue para seu controle.
DIFICULDADE RESPIRATÓRIA - Pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casas graves, ou associada à hemorragia, pode exigir a realização de traqueostomia. Após trauma ou cirurgias laríngeo-tireozais, pode significar estenose.
CONSEQUÊNCIAS HORMONIAIS - Podem ocorrer no pós-operatório de cirurgias da tireóide, paratireóides ou laringectomias, em dependência da possibilidade de preservação e da vitalidade do tecido produto de hormônios que tenha sido preservado. Tais distúrbios de sensibilidade - pode ocorrer na região operada ou em áreas próximas, em consequência de edema (inchaço) ou de manipulação de vasos ou nervos da região. Sensibilidade e dor, dor local ou suor na face ao alimentar-se, podem ocorrer.
PARESSEAS, PARALISIAS, ALTERAÇÕES DA VOZ, DA FALA OU DEGLUTIÇÃO - Podem ocorrer na dependência da área operada - bocas, faringe, larínge, nervos (e seus ramos) como o facial, hipogloso, acessório, laríngeo superior ou inferior, mesmo quando cuidadosamente manipulados podem apresentar distuções temporárias ou definitivas.
COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL - Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiologista.
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A CIRURGIAS DA CABEÇA E PESCOÇO

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-me a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluam, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se de auxílio de outros profissionais de saúde.

Estou também ciente quanto a necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Considero igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, tornando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo sua fala.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomei a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Cidade: ___________________________ Estado: ___________________________ Data: __________ de __________ de 20________

Assinatura do paciente: ___________________________
Qualificação (profissão): ___________________________
Endereço: ____________________________________________________________________________
Cidade: ___________________________ UF: ___________________________
RG nº: ___________________________

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente: ___________________________
Qualificação (profissão): ___________________________
Endereço: ____________________________________________________________________________
Cidade: ___________________________ UF: ___________________________
RG nº: ___________________________

Assinatura do(a) Médico: ___________________________
Qualificação (profissão): ___________________________
Endereço: ____________________________________________________________________________
Cidade: ___________________________ UF: ___________________________
RG nº: 259535102

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (resolução CFM 1631/2000, em acordo com o artigo 9 da Lei 8.078/90) - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Av. Indianapolis, 1.287 | Planalto Paulista | 04028-001 | São Paulo | SP
Tel (11) 5053-7500 | Fax (11) 5053-7512 | www.aboralccf.org.br | recepcao@aboralccf.org.br