

Adenoidectomia com ou sem amigdalectomia

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao médico assistente, Dr. _____ inscrito no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o procedimento cirúrgico designado “**Adenoidectomia - com ou sem amigdalectomia**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º de Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de “**Adenoidectomia - com ou sem amigdalectomia**” antes apontado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES:

As amígdalas ou tonsilas palatinas (e as vegetações adenóides) são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero-digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou infecções repetidas.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (engasgos freqüentes, 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 periamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, halitose (mau hálito), nas deformidades orofaciais (que existam ou q tentam ocorrer – para sua prevenção) e, mais raramente, sinusites ou 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.

CBHPM: 3.02.05.04-2

CID: J35

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

FEBRE E DOR – 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.

MAU HALITOS – É comum ocorrer, e cede em 7 a 14 dias.

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

HEMORRAGIA – Representa o maior desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais freqüente 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 LIQUIDOS – Podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente.

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 ser serias, e devem ser esclarecidas com o anestesista.

Declara, ainda, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-se respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), cliente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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, 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, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas duvidas e questões, em 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.

Ituverava (São Paulo) _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente Assinatura do(a) médico(a)

RG _____ RG nº _____ CRM: _____

Nome _____ Nome _____ Nome _____

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9 – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente 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. Art.39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras praticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvas as decorrentes de praticas anteriores entre as partes.