



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

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

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na via aérea alta (excesso de úvula e de palato mole com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas) e pode ser associada a outros procedimentos nasais, da boca e da faringe. As queixas mais frequentes são roncos, acordar à noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações no batimento cardíaco), alterações da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração. As indicações cirúrgicas são absolutas quando existem apneias noturnas (parada respiratória de 10 segundos ou mais) repetitivas durante o sono, as quais, em casos extremos, podem ameaçar a vida do paciente. As indicações cirúrgicas são relativas quando as apneias são tão severas ou quando o ronco passa a dificultar o convívio com outras pessoas. Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis e equipamentos especiais e laser.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

FEBRE E DOR: febre e dores de garganta muito acentuadas (exigindo analgésicos potentes), dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, e cedem em 10 a 20 dias.

MAU HÁLITO: é comum ocorrer, e cede entre 10 a 20 dias.

VOMITOS: 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 sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA: pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos graves, pode exigir a realização de traqueostomia.

INFECÇÃO: pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, regride sem antibióticos.

VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS: Podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente.

PERSISTÊNCIA DAS QUEIXAS: Pode ocorrer (não é comum) quando existe associação de causas centrais ou outras causas periféricas (excesso de base de língua, anomalias de mandíbula, dentre outras) ou quando a ressecção foi mais econômica do que o caso requeria. Isto ocorre porque o cirurgião



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

normalmente tem dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar destas estruturas excedentes. Nesses casos é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção, embora sabendo que tal prudência poderá levar à nova cirurgia, alguns meses depois.

CBHPM – _____

CID – H70.9

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Unimed Rio Verde adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda 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, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS E COMPLICAÇÕES** mais comuns do procedimento supramencionado, AUTORIZO de forma expressa sua realização.

Goiatuba /GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica - Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. 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 lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - 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 práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.