ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA, e todos o que incluem, inclusive anestesias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de Amigdalectomia com ou sem Adenoidectomia, antes apontado apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: As amígdalas ou tonsilas palatinas e as vegetações adenoides são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aerodigestivo superior podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou infecções repetidas. As indicações cirúrgicas são absolutas quando ocorre hipertrofia com obstrução de 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 periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causas de convulsão febril, halitose (mau hálito), nas deformidades orofaciais (que existam ou que tendam a 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.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, Cirurgia de Amigdalectomia com ou sem Adenoidectomia pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, a exemplo de: 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-Hálito - 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 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 reinternação cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito 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; Recidiva – é rara. Em crianças alérgicas podem desenvolver-se alguns brotos de tecido linfoide na área operada. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da Cirurgia de Amigdalectomia com ou sem Adenoidectomia é aconselhável: evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção, retornar a plena atividade a partir da liberação do cirurgião, retorno imediato ao médico se houver qualquer alteração.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr (a). _____ e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, 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, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido 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.

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____