TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL E IMPLANTES

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: _____, e todos o que incluem, inclusive anestesias ou outras condutas odontológicas 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, sugeriu o tratamento Buco-Maxilo-Facial, antes apontado apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos Buco-Maxilo-Facial estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, do procedimento descrito acima pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, a exemplo de: Dor, edema, infecção, sangramento prolongado; Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecho e dentes que podem ser temporários ou permanentes; Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face; A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas; Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas; Injúrias aos dentes adjacentes, próteses e restaurações; Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça; Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas no seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial; Mudanças no nariz, há a possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários; Perda de osso;
Perda de dentes em decorrência da cirurgia ou por problemas pré-existentes ao procedimento cirúrgico (uso prolongado de aparelho ortodôntico, reabsorções radiculares de etiologias variadas, problema periodontal e mobilidade dentária); Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face; A não cicatrização de segmentos ósseos; Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar de tratamento de canal); Reabsorção condilar idiopática; Lesão da invervação motora da face em caso de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral; Tromboembolia; Lesão de uretra ou canal uretral, proveniente da sondagem vesical; Recidiva. Fui informada que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar a cirurgia após o procedimento inical para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.
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:

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL E IMPLANTES

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

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).
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.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

( ) **Autorizo**	( ) **Não autorizo**

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório. Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas. Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até está completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.
Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não dirigir para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

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 e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue**	( ) **Autorizo transfusão de sangue**

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL E IMPLANTES

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

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, _____/_____/_____

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, _____/_____/_____