

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 e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: Cirurgia Nasal do Septo e Cornetos, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, 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 Septoplastia e Turbinectomia, antes apontado apresentando informações detalhada sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: A função do nariz é conduzir o ar, purificá-lo, aquecê-lo, umidificá-lo, servir de câmara de ressonância para o som, possibilitar o olfato e iniciar o reflexo naso-alveolar. No caso de obstrução nasal (nariz entupido) aumenta muito a perda de energia com a respiração, com prejuízo evidente para a saúde e para as funções citadas acima. Esta obstrução nasal pode ter como causa um desvio do septo nasal e/ou aumento (hipertrofia) dos cornetos nasais, dentre outras, e nos casos em que não melhora com tratamento clínico, poderá estar indicada a correção cirúrgica. A septoplastia é indicada quando o desvio septal causa obstrução importante, alterações sinusais (sinusites) e dor de cabeça (cefaléia). Frequentemente ocorre também hipertrofia dos cornetos nasais e, nesses casos, é também indicada à redução cirúrgica do volume dos cornetos, por turbinectomia ou turbinoplastia. A hipertrofia isolada dos cornetos nasais também é comum em casos de rinite alérgica, vasomotora e corneto buloso e, nesses casos, opera-se apenas os cornetos. Várias são as técnicas e instrumentos que podem ser empregados: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos, endoscópios, microscópio e laser. Quando o desvio septal surge associado à deformidade de dorso ou ponta nasal, pode ser necessário corrigir simultaneamente a aparência externa para melhorar o funcionamento do nariz, constituindo-se a cirurgia denominada rinosseptoplastia. Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível prever-se exatamente quais alterações serão encontradas no nariz. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, constituindo os vários fatores que podem impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, Cirurgia Nasal do Septo e Cornetos pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, a exemplo de: hemorragia: Nas primeiras 12 horas e na retirada do tampão nasal (após 24 ou 48 horas) é comum haver algum sangramento (apesar do tamponamento), possivelmente originado do cometo nasal parcialmente ressecado, e que em geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, ligadura de vasos e até transfusão sangüínea. Morte por hemorragia é muito rara; infecção: raramente ocorre, devendo ser controlada com curativos e medicamentos; abscesso septal e hematoma: poderá ocorrer em raros casos, exigindo drenagem; perfuração septal: e rara, podendo necessitar de reparo cirúrgico; sinequias são aderências que podem ocorrer entre a parede lateral e medial do nariz, são desfeitas com curativos e raramente exigem outra intervenção cirúrgica; recidiva dos desvios em técnicas muito conservadoras, principalmente em crianças, a cartilagem poderá voltar parcialmente à posição ou forma anterior por vezes necessitando reintervenção, assim, podem ser necessários retoques cirúrgicos em casos de pacientes operados de septo, do dorso e/ou da ponta nasal; recidiva da hipertrofia dos cornetos em casos de rinopatia alérgica intensa, a mucosa remanescente poderá sofrer hipertrofia, raramente necessitando reoperação; sinusite é uma

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

complicação pós-operatória possível, (secundária ao tamponamento nasal), cedendo espontaneamente ou com o uso de medicamentos antibióticos; hematoma de face. Lábio superior e palato pode ocorrer em cirurgias nasais mais extensas, e cede em alguns dias. 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 Infections 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);
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 abertas, 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 Nasal do Septo e Cornetos 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 NASAL DO SEPTO E CORNETOS 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, _____ / _____ / _____

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

() 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 exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. 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, _____ / _____ / _____