

## ADENOIDECTOMIA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de ADENOIDECTOMIA que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

## Princípios e Indicações:

As vegetações adenóides são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade da mucosa de todo o trato aerodigestivo superior. Situam-se na parte alta da parede posterior da faringe, atrás das fossas nasais, e sua função pode estar comprometida por hipertrofia (aumento) exagerada ou infecções repetidas.

As adenóides normalmente crescem até os 5 anos, após o que regridem lentamente até os 14 a 20 anos, raramente persistindo hipertrofia após esta idade.

As indicações cirúrgicas são absolutas em casos de obstrução grave das vias aéreas, com respiração bucal permanente e prejuízo da oxigenação, podendo evoluir para síndrome da apneia obstrutiva do sono (parada respiratória de 10 a 15 segundos ou mais), cor pulmonale (dilatação das câmaras direitas do coração pelo esforço respiratório e até parada cardiorrespiratória).

As indicações cirúrgicas relativas em crianças com otites médias de repetição, sinusites de repetição, otite secretora, geralmente com redução da audição, e na deformidades orofaciais (que existam ou que tendam a ocorrer para sua prevenção).

Após a cirurgia poderão ocorrer:

- FEBRE E DOR – Febre e dores de garganta ou dor referida na área do ouvido são raras e não devem ser causa de inquietação.
- MAU HÁLITO – É possível ocorrer, e cede em poucos dias.
- VÔMITOS – Podem ocorrer alguma 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 à reinternação cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. 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 LÍQUIDOS – Podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente ou então permanecer por longos períodos e eventualmente necessitando de tratamento fonoaudiológico ou até uma nova cirurgia para correção do problema.
- RECIDIVA – É possível, quanto mais jovem ou alérgica for a criança, podendo ser necessária reintervenção.
- COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL – Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o anestesista.

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-me a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a 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.

Estou também ciente quanto a necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Considero 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, tomando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo a minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

---

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

---

MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### TESTEMUNHAS

---

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

---

NOME COMPLETO:

RG:

3ª via: Prontuário (*levar para o Hospital no dia do procedimento*).