

CIRURGIA NASAL, DO SEPTO E CORNETOS

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Declaro para fins legais conforme segue:

1. Fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s)

_____ para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

- HEMORRAGIA – Nas primeiras 12 horas e na retirada do tampão nasal (após 24 ou 48 horas) é comum haverá 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 a até transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito rara.
- INFECÇÃO - Raramente ocorre, devendo ser controlada com curativos e medicamentos.
- ABCESSO SEPTAL E HEMATOMA – Poderá ocorrer em raros casos, exigindo drenagem.
- PERFURAÇÃO SEPTAL – E rara, podendo necessitar de reparo cirúrgico.
- SINÉQUIAS – 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- E uma complicação pós-operatória possível, (secundária ao tamponamento nasal), cedendo espontaneamente ou com o uso de medicamentos antibióticos.
- HEMATOMA DEFACE, LÁBIO SUPERIOR E PALATO - Pode ocorrer em cirurgias nasais mais extensas, e cede em alguns dias.

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

5. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;
6. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;
7. Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;
8. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura;
9. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

_____, ____ de _____ de _____.

MÉDICO

Nome:

CRM:

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

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