



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ADENOIDECTOMIA COM E SEM AMIGDALECTOMIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é a hipertrofia (aumento) das adenoides e/ou amígdalas, infecções recorrentes (amigdalites ou adenoidites) ou apneia obstrutiva do sono. Esta patologia caracteriza-se por dificuldade respiratória, respiração oral, roncos, apneia durante o sono e infecções de repetição que afetam a qualidade de vida. A cirurgia indicada é a Adenoidectomia com ou sem Amigdalectomia, que consiste na remoção cirúrgica das adenoides e/ou das amígdalas palatinas. O objetivo principal é desobstruir as vias aéreas, melhorar a respiração e o sono, e reduzir a frequência de infecções.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

Os benefícios esperados incluem a melhora significativa ou resolução da obstrução respiratória, melhora da qualidade do sono e diminuição drástica dos episódios de infecção na garganta. A probabilidade de sucesso é elevada, sendo este um dos procedimentos mais consagrados da otorrinolaringologia. Todavia, é fundamental compreender que a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica e cicatricial é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% de todo e qualquer desconforto. A recusa ao tratamento cirúrgico implicará na possível progressão da obstrução respiratória, agravamento da apneia do sono (que pode gerar repercussões cardiovasculares e no desenvolvimento), alterações no crescimento facial e dentário (especialmente em crianças) e persistência de infecções recorrentes.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas não cirúrgicas, tais como: Tratamento medicamentoso com corticosteroides nasais, antialérgicos ou antibióticos (em casos de infecção). Acompanhamento clínico e observação. Contudo, em casos de hipertrofia obstrutiva severa, apneia do sono ou falha do tratamento clínico, a intervenção cirúrgica permanece como a opção mais eficaz para a resolução definitiva do quadro.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia geral e envolve a remoção das adenoides e/ou amígdalas através da cavidade oral (boca), sem incisões externas na pele. O cirurgião utiliza instrumentos específicos para ressecar os tecidos e realiza a hemostasia (controle do sangramento) local. Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

- FEBRE E DOR – Febre e 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 14 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção 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.

- **RECIDIVA** – A recidiva das adenóides é mais frequente em crianças jovens e alérgicas, raramente necessitando reintervenção; e a das amígdalas é rara (brotos linfóides). O retorno do acúmulo de líquido seromucoso no ouvido médio é passível de ocorrer e pode exigir nova intervenção cirúrgica.
- **SECREÇÃO PURULENTA NO OUVIDO** – Poderá ocorrer pela entrada de água no ouvido ou após gripes e resfriados, sendo o tratamento feito com limpeza, aspirações e antibióticos.
- **PERMANÊNCIA DE PERFURAÇÃO TIMPÂNICA** – Após a saída do dreno de ventilação poderá permanecer uma perfuração no tímpano. Isto é raro e trata-se com cirurgia (timpanoplastia). Outra rara complicação é a formação de um “colesteatoma” (infecção crônica do ouvido médio) que surge devido à implantação de tecido epitelial no ouvido médio. Nesta situação é necessária uma cirurgia chamada de timpanomastoidectomia.
- **PERDA AUDITIVA** – A perda auditiva causada pelo trauma sonoro do aspirador é rara.

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

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza da cirurgia, a perda sanguínea costuma ser pequena e controlada. Contudo, em caso de hemorragia severa e imprevisível no intra ou pós-operatório, a transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de triagem, compatibilidade e segurança transfusional serão rigorosamente seguidos para minimizar riscos de reações alérgicas ou transmissão de doenças.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período médio de internação é curto, variando de hospital-dia a 24 horas. A reabilitação e os cuidados iniciam-se imediatamente após a cirurgia. Cuidados Críticos Pós-Operatórios: O paciente e/ou familiares foram informados e educados, antes da realização do procedimento, sobre as opções disponíveis para o manejo da dor pós-operatória; esta educação está documentada. Uso rigoroso de medicamentos analgésicos prescritos para o controle da dor. Dieta rigorosa (líquida, pastosa e fria nos primeiros dias), evoluindo conforme orientação médica para evitar sangramentos. Repouso relativo, evitando esforços físicos e exposição ao calor.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia geral, 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; Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), não há previsão de utilização de órteses ou próteses permanentes, e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo 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;

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

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 coparticipação;

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.



Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes.

Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe. 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).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:



Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.