



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto envolve alterações na cavidade oral, maxilares ou estruturas anexas. Esta patologia pode ser decorrente da presença de dentes retidos/inclusos (como dentes do siso), lesões císticas ou tumorais benignas, necessidade de biópsias, freios labiais/linguais anômalos, infecções localizadas ou preparo do rebordo ósseo para futuras reabilitações protéticas ou implantes.

A cirurgia indicada é um procedimento ambulatorial de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. O objetivo principal é remover o foco de infecção, extrair o elemento dentário ou lesão, corrigir a anatomia local, aliviar a dor e restaurar a saúde e a função do sistema estomatognático.

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

Os benefícios esperados incluem a eliminação da dor, a prevenção ou resolução de processos infecciosos, a preservação dos dentes vizinhos e a adequação dos tecidos para a correta função mastigatória.

A probabilidade de sucesso é elevada, sendo estes procedimentos considerados seguros e rotineiros na especialidade. No entanto, a biologia humana não é uma ciência exata; a resposta cicatricial é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% dos sintomas de forma absoluta.

Os possíveis resultados do não tratamento (recusa cirúrgica) incluem a progressão da doença, agravamento de infecções (que podem se disseminar para espaços faciais ou sistêmicos), reabsorção óssea, danos irreversíveis a dentes adjacentes, dor crônica e formação de cistos ou tumores maiores.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas, discutidas ou tentadas alternativas disponíveis para o seu caso, que incluem:

Alternativas não cirúrgicas: Acompanhamento clínico e radiográfico periódico (conduta expectante), uso de medicações (antibióticos, analgésicos ou anti-inflamatórios) para controle temporário de sintomas, ou tratamentos endodônticos/periodontais prévios.

Para muitas das condições bucomaxilofaciais (como dentes inclusos sintomáticos ou lesões patológicas), a remoção cirúrgica é a única alternativa terapêutica definitiva.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

O procedimento é realizado sob anestesia local, podendo ou não ser associado à sedação (óxido nítrico ou via oral/intravenosa). O cirurgião realiza uma incisão na gengiva/mucosa, seguida, quando necessário, de remoção de tecido ósseo ao redor da área e secção (corte) do dente ou lesão para facilitar a remoção. Ao final, a área é limpa e suturada (pontos).

Embora a equipe utilize todas as técnicas preventivas e consagradas, o paciente deve estar ciente das seguintes complicações potenciais e riscos específicos:

- Infecção: Risco de infecção pós-operatória no local da cirurgia (alveolite ou abscesso), que pode exigir uso prolongado de antibióticos ou nova intervenção para limpeza.
- Sangramento: Hemorragia no local da incisão, que geralmente cessa com compressão, mas pode exigir retorno ao consultório/hospital para controle.

- Lesão Nervosa (Parestesia): Risco de trauma a nervos próximos à área cirúrgica (como o nervo alveolar inferior ou nervo lingual), podendo resultar em dormência, formigamento, alteração de sensibilidade ou perda de paladar na língua, lábio ou queixo. Esta condição costuma ser temporária, mas em casos raros pode ser permanente.
- Trismo e Edema: Dificuldade temporária para abrir a boca e inchaço significativo na face, comuns nos primeiros dias após a cirurgia.
- Comunicação Bucosinusal: Em cirurgias na maxila (arcada superior), pode ocorrer a comunicação entre a boca e o seio maxilar, exigindo cuidados adicionais e, eventualmente, um novo procedimento para fechamento.
- Danos a Estruturas Adjacentes: Risco raro de fratura de dentes vizinhos, restaurações ou, em casos extremos, fratura óssea da mandíbula.
- Náuseas e vômitos

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Procedimentos bucomaxilofaciais ambulatoriais são caracterizados por sangramento controlado e previsível. A necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados é extremamente rara.

No entanto, em situações emergenciais e imprevisíveis de perda sanguínea aguda, medidas de suporte hemodinâmico poderão ser adotadas para a preservação da vida, seguindo todos os protocolos de segurança.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS

O procedimento é ambulatorial, com liberação imediata após a recuperação da anestesia/sedação ou poderá exigir minha internação hospitalar.

Cuidados Pré-operatórios: Jejum (se houver sedação associada), uso de medicações prévias conforme prescrito e higienização oral rigorosa.

Cuidados Pós-operatórios: O processo de recuperação exige repouso nos primeiros dias. O paciente deverá manter dieta líquida/pastosa e fria nas primeiras 48 horas, aplicar compressas de gelo na face para minimizar o inchaço, evitar bochechos vigorosos, não cuspir, não usar canudos, abster-se de fumo e álcool, e manter a higiene oral cuidadosa conforme orientação.

Manejo da Dor: O controle da dor será feito de forma multimodal, incluindo a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios. O paciente foi orientado sobre os horários e dosagens corretas para garantir o conforto pós-operatório.

7. ANESTESIA, BIOMATERIAIS E MATERIAIS ESPECIAIS

Estou ciente de que será necessário o emprego de anestesia (local, regional, com ou sem sedação, ou anestesia geral), estando ciente dos riscos inerentes (como reações alérgicas, toxicidade ou taquicardia transitória).

Estou ciente de que poderá ser necessária a utilização de biomateriais, como enxertos ósseos (autógenos, homólogos ou sintéticos), membranas de regeneração, fios de sutura específicos ou hemostáticos locais. Autorizo a utilização destes materiais conforme o julgamento técnico do cirurgião para o melhor resultado do procedimento.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao cirurgião responsável (Médico/Cirurgião-Dentista) que me assiste, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros profissionais por ele selecionados para intervir no procedimento, de acordo com o seu julgamento profissional.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram fornecidas à equipe todas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, alergias e medicações em uso, sem nada ocultar.



Entendo que a Odontologia/Medicina não é uma ciência exata, não existindo garantia absoluta sobre os resultados, e que este termo contempla as complicações mais frequentes, mas não todas as possíveis.

Consinto, portanto, que o cirurgião assistente realize o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para solucionar situações imprevisíveis e emergenciais.

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.

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.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.

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)*.