



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é a presença de obstrução nasal crônica ou deformidades estruturais, podendo ser decorrente de desvio de septo, hipertrofia de cornetos nasais (turbinas), sinusite crônica recalcitrante ou deformidades estéticas e funcionais da pirâmide nasal. Esta patologia caracteriza-se pela dificuldade de passagem do fluxo de ar pelas fossas nasais, o que resulta em respiração bucal, roncos, cefaleia, redução do olfato e episódios recorrentes de infecções das vias aéreas superiores. A cirurgia indicada compreende procedimentos como a Septoplastia, Turbinoplastia e/ou Rinoplastia, que consistem na correção do desvio do septo, redução do volume dos cornetos e, quando indicado, a remodelação das estruturas ósseas e cartilagenosas do nariz. O objetivo principal é restabelecer a permeabilidade das vias aéreas e a funcionalidade respiratória. Esclarece-se, para fins de precisão diagnóstica, que este procedimento é estritamente nasal e localizado na face, não apresentando qualquer relação com cirurgias de outras cavidades cranianas ou procedimentos odontológicos complexos.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo ou eliminação da obstrução nasal, melhora na qualidade do sono e da capacidade física, redução de processos inflamatórios e infecciosos e, em casos específicos, a melhora da harmonia estética facial. A probabilidade de sucesso é elevada, sendo este um dos procedimentos mais realizados na otorrinolaringologia e cirurgia plástica. Todavia, é fundamental compreender que a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% de todo e qualquer sintoma respiratório, especialmente em pacientes com rinite alérgica crônica. Além disso, as estruturas cartilagenosas possuem "memória", o que pode resultar em pequenas alterações posicionais ao longo do tempo. A recusa ao tratamento cirúrgico implicará na progressão da dificuldade respiratória, agravamento de distúrbios do sono (como a apneia), dependência contínua de medicamentos descongestionantes e possíveis complicações secundárias em seios da face e ouvidos.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas não cirúrgicas, tais como: Lavagens nasais frequentes com soluções salinas. Gerenciamento medicamentoso com corticosteroides tópicos, anti-histamínicos e descongestionantes sistêmicos. Controle ambiental e tratamento de imunoterapia para alergias. Uso de dispositivos dilatadores nasais externos. Como alternativas cirúrgicas, dependendo do quadro, existem procedimentos minimamente invasivos por radiofrequência ou laser para redução de cornetos. Contudo, em casos de desvios estruturais ósseos ou cartilagenosos significativos, a intervenção cirúrgica convencional permanece como a opção mais eficaz para a resolução definitiva do quadro obstrutivo.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia (geral ou local com sedação) e envolve incisões que podem ser internas (endonasais) ou externas (na columela), dependendo da técnica adotada. O cirurgião reposiciona o septo, remove excessos ósseos ou cartilagenosos e reduz o tamanho dos cornetos. Pode ser necessária a utilização de talas internas (splints) ou curativos externos.

Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

- DOR - É comum no pós-operatório, de intensidade média e de fácil controle.



- **HEMORRAGIA** - Representa um risco importante nestas cirurgias. Os casos mais sérios podem necessitar transfusão sanguínea e até reintervenção cirúrgica. Hemorragias fulminantes são raras, porém descritas na literatura médica.
- **FÍSTULA LIQUÓRICA** - É relativamente rara, mas pode ocorrer necessitando geralmente de nova intervenção cirúrgica para o seu fechamento.
- **MENINGITE** - É rara, mas pode ocorrer quando as meninges são atingidas ou expostas.
- **ABCESSO CEREBRAL e EXTRADURAL, e TROMBOSE DOS SEIOS CAVERNOSOS** São raros, mas, em ocorrendo, são extremamente graves, com alta mortalidade.
- **OSTEOMIELOITE** - A osteomielite dos ossos em torno das cavidades nasais, com o advento da antibioticoterapia, tornou-se muito rara.
- **COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS** - São raras. Podem ocorrer por lesões da fina lâmina óssea que separa o nariz e os seios da face da cavidade orbitária (lâmina papirácea), levando à celulite orbitária, abscesso orbitário e à parestesia ou paralisia dos músculos do olho, neurite, cegueira, meningite e tromboflebite do seio cavernoso.
- **OLFATO** - Geralmente o olfato fica reduzido na presença da polipose nasal e, após a cirurgia, na maioria das vezes melhora. Em alguns casos poderá haver piora ou perda total.
- **RECIDIVA** - Quando a polipose nasal é de causa alérgica geralmente há recidiva após meses ou anos. Outros processos nasais e sinusais recidivam mais raramente.

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, que envolve tecidos altamente vascularizados, pode ocorrer perda sanguínea. Embora raro em cirurgias nasais eletivas, a transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada em casos de hemorragia severa 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.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período médio de internação varia de 12 a 24 horas. A reabilitação exige repouso relativo nos primeiros dias, com o paciente devendo manter a cabeça elevada para reduzir o edema. Cuidados Críticos Pós-Operatórios: Realização rigorosa de lavagens nasais abundantes conforme prescrição. Abstenção total de assoar o nariz ou realizar esforços físicos intensos por 15 a 30 dias. Evitar exposição solar direta na face para prevenir manchas e aumento do inchaço. Uso de medicamentos analgésicos e antibióticos conforme orientação médica.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

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;

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais 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)*.