

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESVAZIAMENTO CERVICAL OU LINFADENECTOMIA CERVICAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

Fui informado(a) pelo médico assistente de que, após avaliações clínicas e exames complementares, fui diagnosticado(a) com a(s) seguinte(s) condição(ões) de saúde, que fundamentam a indicação do esvaziamento ou linfadenectomia cervical:

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

Compreendo que o objetivo principal desta cirurgia é a remoção de linfonodos (gânglios) cervicais que possam estar acometidos por células neoplásicas (câncer) ou para prevenir a disseminação da doença. Os **benefícios** incluem o controle regional da doença, o estadiamento patológico preciso para guiar tratamentos futuros e o aumento das chances de cura ou sobrevida livre de doença.

A **probabilidade de sucesso** no controle da doença cervical é considerada elevada quando o procedimento é realizado conforme os protocolos oncológicos, embora dependa do estágio da doença primária. Fui alertado(a) de que o **não tratamento** poderá resultar na progressão local da doença, invasão de estruturas vitais (como vasos sanguíneos e nervos), dor intensa, ulcerações cutâneas, dificuldade de deglutição e respiração, além de aumentar significativamente o risco de metástases à distância e óbito.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a) sobre as alternativas ao esvaziamento cervical cirúrgico, que podem incluir:

I. Radioterapia Exclusiva: Uso de radiação ionizante para tratar os linfonodos, podendo ser uma opção em casos específicos, mas com perfil de efeitos colaterais distintos (xerostomia, radiodermite, fibrose);

II. Quimioterapia ou Radioquimioterapia: Frequentemente utilizadas de forma complementar ou em casos avançados onde a cirurgia não é a primeira escolha;

III. Observação Vigilante: Aplicável apenas em casos muito selecionados de baixo risco, sob rigoroso acompanhamento médico.

Compreendo que a escolha pela cirurgia baseia-se na melhor evidência científica para o meu quadro clínico atual.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento consiste na abertura da região cervical para a remoção de tecidos gordurosos e linfonodos. Estou ciente de que, em procedimentos invasivos, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Especificamente para o **Esvaziamento Cervical**, os riscos incluem:

- **Lesões Nervosas:** Lesão do nervo acessório (dificuldade em levantar o braço/ombro), nervo hipoglosso (desvio da língua), nervo lingual (perda de sensibilidade na língua), nervo vago (alteração na voz) ou nervo facial/ramo mandibular (assimetria no sorriso);
- **Fístula Quilosa:** Vazamento de linfa devido à lesão do ducto torácico, podendo necessitar de nova intervenção ou dieta especial;
- **Hematomas e Seromas:** Acúmulo de sangue ou fluido sob a pele, podendo exigir drenagem;
- **Deiscência e Necrose:** Abertura dos pontos ou morte de tecidos da pele na linha de incisão;

- **Dor Crônica e Alterações Sensoriais:** Dormência ou hipersensibilidade na região do pescoço e orelha.
- **Sangramentos graves (hemorragias):** que podem exigir transfusão de sangue ou, em casos extremos de rompimento de grandes vasos do pescoço, levar ao óbito;
- **Acidente Vascular Cerebral (AVC ou derrame);**
- **Lesão de nervos da região (nervos cranianos):** que podem causar paralisia ou dormência na língua, alteração da voz (*disfonia/rouquidão*), paralisia no rosto (assimetria) e fraqueza no ombro;
- **Cicatriz grande ou alteração estética (deformidade) no pescoço;**
- **Problemas cardiovasculares gerais:** complicações não ligadas diretamente ao corte cirúrgico, como arritmias do coração, queda grave de pressão (*choque*), parada cardiorrespiratória, coágulos nas pernas (*trombose*) e morte súbita

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à proximidade da cirurgia com grandes vasos sanguíneos (carótidas e jugulares), existe o risco de hemorragia. A **necessidade** de transfusão de sangue será avaliada em tempo real pela equipe médica para manter minha estabilidade hemodinâmica e oxigenação. Os **benefícios** incluem a prevenção de choque hemorrágico e falência de órgãos. Os **riscos**, embora minimizados pelos testes laboratoriais modernos, incluem reações transfusionais, infecções raras e sobrecarga volêmica. As **alternativas** discutidas incluem o uso de expansores plasmáticos e técnicas de recuperação intraoperatória de sangue, quando aplicáveis.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período pós-operatório exigirá o uso de drenos cervicais por alguns dias, repouso relativo e fisioterapia motora para preservação da mobilidade do ombro e pescoço. O tempo de internação e o retorno às atividades habituais dependem da extensão do esvaziamento e da resposta individual do meu organismo.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que será necessário o emprego de anestesia (geralmente geral), cujos riscos e benefícios serão detalhados pelo médico anestesiológico. Também autorizo a utilização de órteses, próteses ou materiais especiais (grampos, colas cirúrgicas, drenos) que se façam necessários para o sucesso do ato operatório.

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)*.