



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O Cisto Tireoglossos é uma malformação congênita (presente desde o nascimento) que se manifesta como uma bolsa de líquido na linha média do pescoço. Ele ocorre devido à falha no fechamento do canal por onde a glândula tireoide desce durante o desenvolvimento fetal. A indicação para a exérese (remoção cirúrgica) baseia-se na necessidade de evitar infecções recorrentes, formação de abscessos, fístulas (canais que drenam secreção para a pele) e, em casos raros, a transformação maligna do tecido residual.

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

O principal benefício do procedimento é a cura definitiva da patologia e a prevenção de complicações infecciosas. Quando realizada através da Técnica de Sistrunk (que inclui a remoção da parte central do osso hioide), a probabilidade de sucesso e não retorno do cisto é superior a 95%. Caso o paciente opte por não realizar o tratamento, os riscos incluem episódios repetidos de dor e inflamação, necessidade de drenagens de urgência, aumento progressivo da lesão e maior dificuldade técnica em cirurgias futuras devido às cicatrizes de infecções prévias.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Atualmente, a cirurgia é o único tratamento definitivo. O manejo não cirúrgico, como o uso de antibióticos e anti-inflamatórios, é indicado apenas para tratar fases agudas de infecção, mas não elimina o cisto. Outras técnicas cirúrgicas mais simples, que não removem o osso hioide, apresentam taxas de recidiva (retorno da doença) inaceitavelmente altas, não sendo recomendadas como padrão-ouro pela literatura médica atual.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia consiste em uma incisão horizontal no pescoço para a retirada completa do cisto, seu trajeto e a parte central do osso hioide. Embora seja um procedimento seguro, existem riscos que o paciente deve conhecer:

- Hemorragias operatórias: Sangramentos durante ou após a cirurgia que podem necessitar de nova intervenção.
- Lesão de nervos cranianos: Danos acidentais ao nervo vago (causando rouquidão ou dificuldade de engolir), hipoglossos (dificuldade de movimentar a língua) ou acessório (fraqueza no ombro).
- Seroma e Infecção: Acúmulo de líquido sob a pele ou infecção da ferida operatória, podendo exigir drenagem.
- Recidiva: Risco de o cisto voltar a crescer, mesmo com a técnica correta, necessitando de reintervenção.
- Queimaduras por eletrocautério: Lesões na pele causadas pelo uso do bisturi elétrico necessário para conter sangramentos.
- Cicatriz hipertrófica: Formação de cicatriz grossa, endurecida ou esteticamente insatisfatória (queloides).
- Transtornos cardiovasculares e Choque: Reações sistêmicas graves, como queda de pressão, arritmias, infarto ou parada cardiorrespiratória.
- Trombose e Embolia: Formação de coágulos nas pernas que podem se deslocar para os pulmões.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à localização da cirurgia próxima a grandes vasos sanguíneos do pescoço, como as artérias carótidas e as veias jugulares, existe o risco de hemorragia maciça em casos excepcionais. Se houver perda sanguínea importante, a transfusão de sangue e hemoderivados será necessária para manter a vida e a oxigenação dos órgãos. Os benefícios incluem a estabilização da pressão e

prevenção de choque. Os riscos, embora minimizados pelos testes laboratoriais modernos, incluem reações alérgicas, febre e, raramente, transmissão de doenças infecciosas. Como alternativa, podem ser utilizados expansores plasmáticos (soros especiais), mas estes não substituem a capacidade de transporte de oxigênio do sangue em casos graves.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após o procedimento, o paciente poderá utilizar um dreno (pequeno tubo) para retirar o excesso de líquidos, que geralmente é removido em 24 a 48 horas. É necessário repouso relativo, evitando esforços físicos e movimentos bruscos com o pescoço por cerca de 15 a 30 dias. O acompanhamento com fisioterapia pode ser indicado se houver tensão cervical. O retorno às atividades habituais será orientado pelo cirurgião conforme a evolução da cicatrização e o controle da dor.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento é realizado sob anestesia geral, o que implica na perda temporária da consciência e necessidade de auxílio respiratório por aparelhos. O anesthesiologista avaliará os riscos específicos de acordo com o histórico de saúde do paciente. Geralmente, não é necessária a implantação de próteses ou órteses permanentes nesta cirurgia, exceto por materiais de sutura e, eventualmente, colas cirúrgicas ou telas biológicas se houver necessidade técnica específica identificada durante o 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)*.