

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXÉRESE DE DEFEITOS DA BOLSA BRANQUIAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O paciente apresenta uma condição denominada defeito da bolsa branquial, que é uma alteração congênita (presente desde o nascimento) resultante de uma falha no desenvolvimento das estruturas do pescoço. Esta condição pode se manifestar de três formas: como um cisto (um nódulo ou "caroço" fechado), uma fístula (um canal que comunica a pele com a parte interna da garganta) ou um seio (um canal com apenas uma abertura externa). A cirurgia de exérese (remoção) é indicada para retirar completamente esse tecido anormal, visando prevenir complicações futuras e diagnosticar com precisão a natureza da lesão.

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

O principal benefício do procedimento é a cura definitiva da patologia, eliminando o risco de infecções recorrentes. A probabilidade de sucesso é elevada, especialmente quando a cirurgia é realizada em tecidos que não sofreram infecções prévias. Caso o paciente opte por não realizar o tratamento cirúrgico, os riscos incluem o crescimento progressivo da lesão, episódios repetidos de inflamação e infecção (formação de abscessos com pus), dor local, necessidade de drenagens de urgência e, em casos raros e tardios na vida adulta, a possibilidade de transformação maligna do tecido remanescente.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Atualmente, o tratamento definitivo para os defeitos da bolsa branquial é exclusivamente cirúrgico. Como alternativa não cirúrgica, existe o tratamento medicamentoso com antibióticos e anti-inflamatórios, porém, este é restrito apenas ao controle de crises infecciosas agudas e não elimina o defeito anatômico, o que significa que o problema retornará. Outras opções, como a escleroterapia (injeção de substâncias para "secar" o cisto), apresentam taxas de falha e complicações significativamente maiores, não sendo a conduta padrão recomendada para a cura completa.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia consiste em uma incisão no pescoço para a dissecação e retirada completa do cisto ou trajeto da fístula. Devido à proximidade com estruturas vitais, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

- Hemorragias: Sangramentos durante ou após a cirurgia que podem necessitar de transfusão de sangue. Em casos graves de ruptura de grandes vasos do pescoço, há risco de morte.
- Lesões de Nervos: Risco de lesão do nervo vago e nervo acessório, podendo resultar em rouquidão, dificuldade para falar, dor crônica e fraqueza no ombro (dificuldade para levantar o braço).
- Complicações Cardiovasculares: Ocorrência de arritmias, choque vascular, parada cardiorrespiratória, infarto ou acidente vascular cerebral (AVC/derrame).
- Transtornos Tromboembólicos: Formação de coágulos nas pernas (trombose) que podem se deslocar para o pulmão.
- Riscos Locais: Acúmulo de líquido (seroma), infecção da ferida operatória, abertura dos pontos (deiscência) e formação de cicatrizes inestéticas ou queloides.
- Queimaduras: Risco raro de lesões térmicas pelo uso do eletrocautério (equipamento para cortar e estancar sangue).
- Recidiva: Possibilidade de retorno do defeito branquial, embora rara quando a remoção é completa.
- Outros: Cólicas abdominais e complicações relacionadas ao ato anestésico.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Durante a exérese de defeitos da bolsa branquial, existe a proximidade com grandes vasos sanguíneos, como as artérias carótidas e veias jugulares. Embora não seja a rotina, em caso de

hemorragia inesperada, pode ser necessária a transfusão de sangue ou hemoderivados para preservar a vida do paciente. Os benefícios incluem a restauração da oxigenação e pressão arterial. Os riscos, embora minimizados pelos testes laboratoriais modernos, incluem reações alérgicas, febre e, em casos raríssimos, transmissão de doenças infecciosas. Como alternativa, poderão ser utilizados expansores plasmáticos e técnicas de recuperação sanguínea intraoperatória, conforme a disponibilidade e indicação médica.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após o procedimento, o paciente poderá utilizar um dreno no pescoço por 24 a 48 horas para evitar o acúmulo de sangue. É fundamental o repouso relativo, evitando esforços físicos e movimentos bruscos com o pescoço nos primeiros 15 dias. O acompanhamento pós-operatório incluirá a retirada de pontos e, se necessário, sessões de fisioterapia motora para reabilitação cervical. O retorno às atividades habituais será definido pela equipe médica baseando-se na evolução cicatricial individual.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento é realizado sob anestesia geral, cujos riscos (alergias, problemas respiratórios) serão detalhados pelo médico anestesiolista em consulta pré-anestésica. Geralmente, não é necessária a implantação de órteses ou próteses permanentes para este tipo de cirurgia, exceto em casos excepcionais de reconstrução vascular ou nervosa, onde materiais de sutura específicos ou colas biológicas podem ser utilizados.

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)*.