



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A parotidectomia é o procedimento cirúrgico indicado para a remoção, parcial ou total, da glândula parótida, que é a maior das glândulas salivares, localizada à frente e abaixo da orelha. Esta cirurgia é fundamentalmente indicada para o tratamento de tumores, que podem ser benignos (não cancerosos) ou malignos (cancerosos). O objetivo principal é a retirada completa da lesão para diagnóstico definitivo e tratamento da patologia identificada nos exames pré-operatórios.

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

O principal benefício é a remoção do tumor e a prevenção de sua progressão. Em casos de tumores benignos, a probabilidade de cura e sucesso é extremamente alta. Caso o paciente opte por não realizar o tratamento cirúrgico, os riscos incluem o crescimento contínuo da massa, o que pode causar dor persistente, deformidade estética visível, dificuldade de mastigação e a paralisia espontânea do rosto devido à compressão dos nervos. Além disso, alguns tumores benignos possuem o potencial de se transformarem em câncer (malignização) com o passar do tempo, tornando o tratamento futuro muito mais complexo e arriscado.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas à cirurgia dependem da natureza da lesão. Em casos muito específicos de tumores benignos pequenos em pacientes com alto risco cirúrgico, pode-se considerar o acompanhamento clínico rigoroso com exames de imagem periódicos (observação vigilante). No entanto, a cirurgia permanece como o padrão-ouro e o único tratamento definitivo para a maioria das massas na parótida. Tratamentos como radioterapia ou quimioterapia são geralmente reservados como complementares à cirurgia em casos de malignidade confirmada, não substituindo a necessidade da remoção física do tumor.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia é realizada sob anestesia geral. É feita uma incisão (corte) na pele próxima à orelha, estendendo-se para o pescoço. O cirurgião identifica e preserva o nervo facial antes de remover a glândula. Como em qualquer ato cirúrgico, existem riscos e complicações potenciais, tais como:

- Lesão do nervo facial ou seus ramos: Risco de paralisia temporária ou definitiva dos movimentos do rosto, podendo afetar a capacidade de fechar o olho, sorrir, franzir a testa, mover os lábios ou realizar sucção.
- Síndrome de Frey: Ocorrência de suor e vermelhidão na pele do rosto durante a alimentação.
- Hemorragia aguda: Sangramento intenso durante ou após a cirurgia, que pode necessitar de nova intervenção ou transfusão sanguínea.
- Hemorragia de ramos vasculares: Sangramento de pequenas artérias ou veias da região.
- Transtornos cardiovasculares: Problemas como arritmias, choque por perda de sangue, parada cardiorrespiratória e risco de morte.
- Complicações anestésicas: Reações aos medicamentos utilizados para o sono profundo.
- Queimaduras pelo eletrocautério: Lesões acidentais na pele causadas pelo bisturi elétrico.
- Cicatriz: Pode ocorrer cicatriz grande, inestética ou de aparência indesejada na área da abordagem.
- Recidiva: Risco de o tumor voltar a crescer no mesmo local no futuro.
- Seroma e Infecção: Acúmulo de líquido sob a pele ou infecção da ferida operatória.
- Complicações gerais: Riscos de trombose nas pernas, infarto, derrame cerebral (AVC) ou morte súbita.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Embora não seja rotineira na parotidectomia, a transfusão de sangue pode ser necessária em casos de hemorragia inesperada, especialmente pela proximidade com grandes vasos do pescoço, como a artéria carótida e a veia jugular. Os benefícios da transfusão incluem a manutenção da oxigenação

dos órgãos e da pressão arterial em situações críticas. Os riscos, embora minimizados pelos testes laboratoriais modernos, incluem reações alérgicas, febre e, raramente, transmissão de infecções. Como alternativa em casos de perdas moderadas, podem ser utilizados expansores plasmáticos (soros especiais).

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Após o procedimento, é comum o uso de um dreno (tubo plástico) para remover o excesso de líquidos, que geralmente é retirado em 24 a 48 horas. O paciente deve manter repouso relativo, evitar esforços físicos e exposição solar na cicatriz. Em casos de fraqueza muscular facial temporária, pode ser necessária a realização de fisioterapia motora para acelerar a recuperação dos movimentos. O acompanhamento com a equipe médica é essencial para monitorar a cicatrização e os resultados anatomopatológicos.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento requer anestesia geral, conduzida por um médico anesthesiologista que monitorará todas as funções vitais. Durante a cirurgia, podem ser utilizados materiais especiais como grampos cirúrgicos, colas biológicas ou sistemas de monitorização de nervos para aumentar a segurança do paciente. A necessidade de tais materiais será avaliada pelo cirurgião conforme a complexidade do caso encontrado durante a operação.

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)*.