



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O paciente apresenta quadro clínico compatível com otite média crônica, colesteatoma, perfuração da membrana timpânica ou infecções crônicas do ouvido, com indicação para a realização de Timpanomastoidectomia. O procedimento consiste na remoção cirúrgica de tecido doente, colesteatoma ou focos de infecção localizados no osso mastoide, associada à reconstrução da membrana timpânica e, quando tecnicamente possível, da cadeia ossicular. O objetivo primordial é a erradicação do processo infeccioso e a prevenção de complicações neurológicas ou sistêmicas graves, buscando-se, secundariamente, a preservação ou melhora da acuidade auditiva. Esclarece-se que se trata de um procedimento estritamente otológico, restrito às estruturas do ouvido e do osso temporal.

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

Os benefícios esperados incluem a interrupção da supuração crônica, o fechamento da perfuração timpânica, a estabilização da doença e a prevenção de complicações fatais ou incapacitantes, como meningite, abscessos cerebrais e paralisia facial periférica. A ausência de tratamento cirúrgico implica na progressão natural da doença, com risco elevado de perda auditiva irreversível (anacusia), erosão das estruturas ósseas adjacentes, episódios recorrentes de tontura grave e disseminação da infecção para o sistema nervoso central.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas não cirúrgicas limitam-se ao controle paliativo dos sintomas por meio do uso de antibióticos tópicos (gotas otológicas) ou sistêmicos, além de limpezas frequentes do conduto auditivo externo via aspiração em consultório. Contudo, ressalta-se que em casos de colesteatoma ou osteíte crônica irreversível, a intervenção cirúrgica constitui a única opção terapêutica eficaz, definitiva e capaz de interromper a destruição óssea progressiva.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia geral, utilizando-se incisão retroauricular (atrás da orelha) ou endaural (pelo canal do ouvido), com auxílio de microscopia ou endoscopia cirúrgica. Os riscos específicos associados incluem:

1. Complicações Infecciosas

- Infecção da ferida cirúrgica
- Otite média aguda ou crônica pós-operatória
- Mastoidite residual
- Abscesso retroauricular (raro)

2. Complicações Auditivas

- Perda auditiva temporária ou permanente (condutiva, mista ou neurosensorial)
- Persistência ou piora da otorreia (saída de secreção do ouvido)
- Falha na reconstrução da cadeia ossicular

3. Complicações Vestibulares (Equilíbrio)

- Tontura ou vertigem temporária
- Labirintite pós-operatória
- Vômitos, náuseas
- Fístula perilinfática (rara, porém grave)

4. Complicações Neurológicas / Cranianas

- Lesão do nervo facial (VII par) → paralisia facial temporária ou permanente
- Lesão da corda do tímpano → alteração ou perda do paladar



- Lesão das meninges → fistula liquórica
- Risco raro de meningite

5. Complicações Hemorrágicas

- Sangramento local
- Hematoma retroauricular
- Sangramento de plexos venosos da mastoide

6. Complicações Estruturais / Técnicas

- Perfuração residual do tímpano
- Colesteatoma residual ou recorrente
- Falha na cicatrização
- Formação de granuloma ou tecido de cicatrização exuberante
- Necessidade de reoperação

7. Complicações Estéticas

- Cicatriz retroauricular visível
- Assimetria da orelha
- Retração cutânea ou irregularidades na região operada

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 otológicas 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. Cuidados Críticos Pós-Operatórios: Manter o curativo limpo e seco. Abstenção de esforços físicos intensos. Evitar absolutamente a entrada de água no ouvido operado. Evitar assoar o nariz com força ou prender espirros (para não gerar pressão no ouvido). 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)*.