LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL TCLE

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Declaro para fins legais conforme segue:

1. Fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

_____
_____

2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s)

_____
_____ para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

- Hemorragias que podem necessitar de transfusão sanguínea
- Complicações inerentes ao ato anestésico
- Intubação difícil ou impossível que pode necessitar de traqueostomia de emergência
- Fístula faringocutânea (da faringe para a pele) no pós-operatório
- Seroma (coleção líquida na área cirúrgica)
- Infecção
- Complicações cardiovasculares não diretamente associadas ao ato cirúrgico: arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardio-respiratória, trombose venosa nas pernas e morte súbita.
- Cicatriz grande ou inestética
- Edema (inchaço) da face ou do pescoço
- Deiscência de sutura (abertura de pontos)

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

_____
_____

5. 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;

6. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo se 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;

7. 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 co-participação;

8. 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;

9. 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).

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	MÉDICO
Nome (se resp. legal):	Nome:
Grau de parentesco:	CRM:
RG: CPF:	

_____, ___ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:	Nome completo:
RG:	RG:

1ª via: médico 2ª via: paciente 3ª via: prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*