

TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA

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);

3. 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:

- DOR - É comum no pós-operatório, de intensidade média e de fácil controle.
- HEMORRAGIA - Representa um risco importante nestas cirurgias. Os casos mais sérios podem necessitar transfusão sanguínea e até reintervenção cirúrgica. Hemorragias fulminantes são raras, porém descritas na literatura médica.
- FÍSTULA LIQUÓRICA - É relativamente rara, mas pode ocorrer necessitando geralmente de nova intervenção cirúrgica para o seu fechamento.
- MENINGITE - É rara, mas pode ocorrer quando as meninges são atingidas ou expostas.
- ABCESSO CEREBRAL e EXTRA-DURAL, e TROMBOSE DOS SEIOS CAVERNOSOS São raros, mas, em ocorrendo, são extremamente graves, com alta mortalidade.
- OSTEOMIELITE - A osteomielite dos ossos em torno das cavidades nasais, com o advento da antibioticoterapia, tornou-se muito rara.
- COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS - São raras. Podem ocorrer por lesões da fina lâmina óssea que separa o nariz e os seios da face da cavidade orbitária (lâmina papirácea), levando à celulite orbitária, abscesso orbitário e à paresia ou paralisia dos músculos do olho, neurite, cegueira, meningite e tromboflebite do seio cavernoso.
- OLFATO - Geralmente o olfato fica reduzido na presença da poli pose nasal e, após a cirurgia, na maioria das vezes melhora. Em alguns casos poderá haver piora ou perda total.
- RECIDIVA - Quando a polipose nasal é de causa alérgica geralmente há recidiva após meses ou anos. Outros processos nasais e sinusais recidivam mais raramente.

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

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:

RG:

Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

3ª via: prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento)