

 <p>albert sabin HOSPITAL</p> <p>Código CHAS-TCLE.OT.001</p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA</p>	<p>COLAR ETIQUETA</p>
--	---	------------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente (ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES: As amígdalas ou tonsilas palatinas (e as vegetações adenóides) são órgãos Imunolo-gicamente ativos que reforçam a Imunidade de todo o trato aerodigestivo superior podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou Infecções repetidas.As Indicações cirúrgicas são **ABSOLUTAS** quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso), crises infecciosas muito intensas ou repetidas, e tumores. As Indicações cirúrgicas são **RELATIVAS** nas adenoamigdalites de repetição, abcesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, halitose (mau hálito), nas deformidades orofaciais (que existam ou que tendam a ocorrer - para sua prevenção) e, mais raramente, sinusites ou otites de repetição, e otite média secretora.

Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos e laser fontes de luz, lupas e microscópio.

COMPLICAÇÕES:

- 1.FEBRE E DOR - Febre e dores de garganta ou dor referida no área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias e devem ser tratadas com medicamentos.
- 2.MAU-HÁLITO - É comum ocorrer, e cede em 7 a 14 dias.
- 3.VÔMITOS - Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue.
- 4.HEMORRAGIA - Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais freqüente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.
- 5.INFEÇÃO - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos.
- 6.VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS - Podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente.
- 7.RECIDIVA - É rara. Em crianças alérgicas podem desenvolver-se alguns brotos de tecido linfóide na área operada.

INFEÇÃO HOSPITALAR:A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

- 1.Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- 2.Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- 3.Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
- 4.Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido,entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente: <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas: 1)Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2)Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

PREENCHIDO PELO MÉDICO:

Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

