

 <p>albert sabin HOSPITAL</p> <p>Código CHAS-TCLE.OT.007</p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>UVULOPALATOFARINGOPLASTIA</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 “UVULOPALATOFARINGOPLASTIA”, 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:

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na nasofaringe (excesso de úvula e de palato mole com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas) e pode ser associada à outros procedimentos nasais, da boca e da faringe. As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando existem apnéias noturnas (paradas respiratórias de 10 segundos ou mais) repetitivas durante o sono, as quais, em casos extremos, podem ameaçar a vida do paciente. As indicações são **relativas** quando as apnéias não são tão severas ou quando o ronco passa a dificultar o convívio com outras pessoas.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

1. Febre e dor – febre e dores de garganta muito acentuadas (exigindo analgésicos potentes), dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, e cedem em 10 a 20 dias.
2. Mau-hálito – é comum ocorrer, e cede em 10 a 20 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 maior volume, e mais raramente, em menor volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. a morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.
5. Dificuldade respiratória – pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos graves, ou associada à hemorragia, pode exigir a realização de traqueotomia.
6. Infecção – pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos.
7. Voz anasalada e refluxo nasal de líquidos – podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente.
8. Persistência das queixas – pode ocorrer (não é o comum) quando existe associação de causas centrais ou outras causas periféricas (excesso de base de língua, anomalias de mandíbula, dentre outras), ou quando a recessão foi mais econômica do que o caso requeria. isto ocorre porque o cirurgião normalmente tem dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar destas estruturas excedentes. nesses casos é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção, embora sabendo que tal prudência poderá levar à nova cirurgia, alguns meses depois.
9. Complicações da anestesia geral – complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o anestesologista.

INFECÇÃO 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: Assinatura	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ Assinatura	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**