**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Septoplastia e Cirurgia das Conchas Nasais** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento designado **SEPTOPLASTIA E CIRURGIA DAS CONCHAS NASAIS** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO:**

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: A função do nariz é conduzir, purificar, aquecer e umidificar o ar, servir de câmara de ressonância para o som, possibilitar o olfato e iniciar o reflexo naso-alveolar.

No caso de obstrução nasal há o aumento de perda de energia com a respiração, com prejuízo evidente para a saúde e para as funções citadas acima. Esta obstrução pode ter como causa um desvio do septo nasal e/ou aumento (hipertrofia) dos cornetos nasais, dentre outras. Em casos em que não há melhora com o tratamento clínico conservador poderá ser indicada a correção cirúrgica.

A septoplastia é indicada quando o desvio septal causa obstrução importante, alterações sinusais (sinusites) e dor de cabeça (cefaleia). Frequentemente ocorre também hipertrofia dos cornetos nasais e, nesses casos, é também indicada a redução cirúrgica do volume dos cornetos, por turbinectomia ou turbinoplastia.

A hipertrofia isolada dos cornetos nasais também é comum em casos de rinite alérgica, vasomotora e corneto bolhoso e, nesses casos, operam-se apenas os cornetos.

Várias são as técnicas e instrumentos que podem ser empregados: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos, endoscópios, microscópios e laser. Quando o desvio septal surge associado à deformidade de dorso nasal ou ponta nasal, pode ser necessário corrigir simultaneamente a aparência externa para melhorar o funcionamento do nariz, constituindo-se a cirurgia denominada **rinosseptoplastia**.

Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível prever exatamente quais alterações serão encontradas no nariz. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, constituindo os vários fatores que podem impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

**A cirurgia:**

A cirurgia é realizada inteiramente através dos orifícios naturais, as narinas. Geralmente, faz-se uso de câmeras. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. É realizada com anestesia geral ou com anestesia local e o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia ou no dia seguinte. Raramente há necessidade de internação por mais de um dia.

Efeitos adversos do procedimento:

1. Dor: É comum nos primeiros dias, normalmente em grau leve. Medicações via oral geralmente são suficientes para aliviar a dor.

2. Vômitos: Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após e podem ser constituídos de sangue coagulado (escuro).

3. Sangramento: Pode ocorrer a saída de sangue do nariz em pequena a moderada quantidade nos primeiros dias após a cirurgia, geralmente de fácil controle.

4. Obstrução nasal: É comum ocorrer, geralmente devido a inchaço no local operado ou pela presença de crostas no nariz. Costuma melhorar com lavagens nasais com solução fisiológica e com limpezas feitas no consultório.

5. Crostas e odor fétido nasal: Trata-se de efeito adverso comum que melhora com lavagens nasais com solução fisiológica e com limpezas feitas no consultório.

6. Sensação de formigamento em face, lábio e céu da boca: Pode ocorrer em cirurgias nasais e, geralmente, cede em alguns dias.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:**

Hemorragia (sangramento em grande quantidade): Apesar de rara, representa o maior risco desta cirurgia. Caso ocorra, os pacientes podem necessitar de tampão nasal temporário para evitar sangramentos após a cirurgia. Entretanto, em casos ainda mais raros, pode ocorrer sangramento persistente e volumoso, o qual poderá necessitar novo tamponamento, reabordagem cirúrgica e até transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é extremamente rara.

Infecção, abscesso e hematoma septal: Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e antibióticos. Em algumas ocasiões, podem levar a modificações na estética nasal.

Perfuração septal: É rara e na maioria das vezes não causa problemas. Mas pode causar sintomas como ruído ao respirar ou sangramentos de repetição, sendo necessário reparo com nova cirurgia.

Sinéquias: São aderências (cicatrizes) que podem ocorrer entre as paredes lateral e medial do nariz. Na maioria das vezes não causam sintomas e não requerem nenhum tratamento. Se houver sintomas, podem ser desfeitas com curativos no consultório ou com nova intervenção cirúrgica.

Recidiva dos desvios: Em técnicas muito conservadoras, principalmente na ponta nasal para se evitar deformidades estéticas, a cartilagem poderá voltar parcialmente à posição ou forma anterior, por vezes necessitando nova cirurgia.

Recidiva da hipertrofia dos cornetos inferiores: Em casos de rinite alérgica intensa, o remanescente (que não foi retirado) dos cornetos nasais poderá crescer novamente, na maioria das vezes necessitando de tratamento medicamentoso e, em outras, de reintervenção cirúrgica.

Crostas e odor fétido nasal persistentes: Raramente a formação de crostas e de odor fétido se torna crônica (sem prazo definido para resolução). Esses casos são geralmente devidos à remoção de grandes porções dos cornetos nasais, mas também podem ocorrer por uma retração cicatricial exagerada (redução do tamanho do corneto após a cirurgia). Não há tratamento definitivo e o paciente geralmente terá que realizar lavagem nasal permanente para alívio dos sintomas.

Sinusite: É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos. Em casos raros, pode-se necessitar de tratamento cirúrgico.

Modificações na estética nasal: Em raros casos, podem ser notadas modificações na estética nasal devido principalmente a desvios de septo nas áreas mais anteriores e altas (ponta e dorso do nariz). Geralmente, as modificações são pequenas, mas alguns casos podem necessitar de correções futuras (rinoplastia).

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previsto em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

6. Para a realização do procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido a impossibilidade de mobilização do paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que ficarem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriadas dentre outros dispositivos, e quando possível a mobilização corpórea.

7. Decorrente da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente poderá ser administrados fármacos para controle álgico.

8. A realização de outros procedimentos invasivos, terapias alternativas e os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, ficarão limitados aos profissionais de saúde do Grupo Orizonti

9. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

10. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

11. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento**, autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para a situação acima descrita.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**