**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Cirurgia Ortognática** |

|  |
| --- |
| **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, o Paciente, ou o seu Responsável, declara 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 Cirúrgico designado **Cirurgia Ortognática** (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**: Correção de deformidades dentofaciais, incluindo problemas de mordida e alinhamento dos maxilares. O objetivo principal desta cirurgia é melhorar a função mastigatória, respiratória, fala e em alguns casos, a estética facial.

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: A cirurgia é feita em ambiente hospitalar sob [anestesia](https://drauziovarella.uol.com.br/anestesiologia/quais-sao-os-tipos-de-anestesia-e-sedacao-mais-utilizados/) geral. Nela, são utilizadas serras, parafusos e placas de titânio para realinhar as estruturas da mandíbula e da maxila. O procedimento é todo realizado dentro da boca, sem cicatrizes visíveis.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:**

- Fui orientado (a) que durante o período de recuperação pós-operatória, em certas situações, pode haver a necessidade de bloqueio inter-maxilar (‘’amarrar os dentes’’) para correção de mordida.

- É importante ressaltar que podem ocorrer alterações sensoriais inevitáveis, conhecidas como parestesias, em algumas regiões da face após o procedimento, especialmente no lábio inferior, queixo, lábio superior, língua, gengiva superior e inferior. Geralmente, essas alterações são reversíveis e podem levar até um ano para se recuperarem completamente. Estou ciente de que, em alguns casos, tais alterações podem persistir de forma permanente, e reconheço que essa condição é uma característica inerente à anatomia humana, estando além do controle do meu cirurgião.

Além disso, o procedimento pode apresentar as seguintes complicações:

* Risco de parestesia temporária ou definitiva da pele da face;
* Infecções nas feridas cirúrgicas
* Lesão nervosa de caráter permanente ou transitório, tendo como consequência a permanência de alterações de sensibilidade local (parestesia) nos lábios, queixo, gengiva superior e inferior, palato (céu da boca) e língua.
* Edema (inchaço), dor local e sensação de desconforto pós-operatória;
* Cicatrizes locais
* Hematomas em face e pescoço;
* Necessidade de novas cirurgias para correção de assimetrias residuais, portanto uma segunda cirurgia.
* Necessidade de correção de septo nasal e possibilidade de alargamento nasal, ou seja, RINOPLASTIA – não estando inclusa nesse procedimento cirúrgico proposto acima;
* Necrose dentaria exigindo tratamento endodôntico (tratamento de canal);
* Necrose de maxilar por falta de suprimento sanguíneo (muito raro);
* Vomito sanguinolento no pós-operatório imediato (condição causada pela deglutição de sangue durante o procedimento);
* Dificuldade de deglutição com incomodo na garganta nos primeiros dias;
* Ortodontia pós-operatória ficando de responsabilidade do ortodontista responsável, sendo o paciente responsável por essa questão;
* Visitas periódicas ao cirurgião no pós-operatório durante 5 anos;
* Obstrução nasal no pós-operatório;
* O paciente não poderá permanecer muito tempo deitado pois existe o risco de trombose;
* Possibilidade de aparecimento de sintomas (estalos ou dor) em articulações temporomandibulares (ATM) com eventual necessidade de tratamento específico por especialistas em DTM (disfunção temporomandibular)
* Cirurgia ortognática não trata problemas de ATM (estalos, dor nas articulações) podendo ser necessário tratamentos complementares para a disfunção de ATM;
* Necessidade de internação hospitalar por período médio de 2 dias
* Alteração estética do nariz
* Alteração da estética facial atual, compatível com a devolução da proporção esquelética da face. Não há como antecipar esse resultado por meio de exames ou imagens e, embora a maioria das pessoas operadas de cirurgia ortognática sintam-se satisfeitas com o resultado relativo à estética, esse sentimento pode ocasionalmente não ocorrer e o(a) paciente ter interesse em fazer complementações de caráter estético num futuro, procedimentos esses que não fazem parte integrante da cirurgia ortognática;
* Necessidade de acompanhamento pós-operatório com Fonoaudiologia e eventualmente Fisioterapia, a ser iniciado de acordo com orientação do cirurgião;
* Em caso de concomitância da cirurgia ortognática com emprego de prótese total de ATM (articulação temporomandibular), haverá a necessidade de acesso extraoral com incisões em região pré auricular e submandibular, assim como o risco de alterações da mímica facial.

**Infecção relacionada à assistência à saúde:** A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

• Cirurgias limpas: até 4%

• Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%

• Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

**RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:**

* ‘’Restrição’’ absoluta de dieta líquida e pastosa durante 30 dias após o procedimento. A reinserção da alimentação sólida será gradual, de acordo com os resultados observados em consultas ambulatoriais pós-operatórias.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica/odontológica, 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. Assim, declaro também estar ciente que a equipe médica/odontológica se compromete a utilizar de todos os meios possíveis dentro da literatura científica e capacitação técnica para alcançar o resultado esperado, mas que o procedimento não garante necessariamente a cura.

3. Fui devidamente esclarecido (a) sobre meu diagnóstico em linguagem clara e compreensível da deformidade dento facial existente (prognatismo; retrognatismo; padrão facial classe III; padrão facial classe II; hipertrofia de maxila, etc) bem como o tratamento cirúrgico ao qual serei submetido (Cirurgia mono maxilar de avanço ou recuo; cirurgia combinada bimaxilar; segmentação de maxila; mentoplastias, etc). Tais informações se encontram devidamente descriminadas no meu prontuário dos quais dou pleno conhecimento.

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. 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 Instituto Orizonti.

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

8. 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 o(s) Procedimento acima descrito.

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

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**