

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO:
CRM DO MÉDICO:
PROCEDIMENTO REALIZADO COM ADENOIDECTOMIA: () SIM () NÃO

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado e os profissionais que compõem a sua equipe a realizar o procedimento cirúrgico invasivo de "AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesia ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.
- Estou ciente que as amígdalas ou tonsilas palatinas (e as vegetações adenoides) são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou infecções repetidas.
- Estou ciente que a ADENOIDECTOMIA é o procedimento cirúrgico responsável pela remoção do tecido linfóide localizado na parte superior da nasofaringe humana, conhecidas como adenoides ou tonsilas faríngeas. A execução, ou não, desse procedimento, vai depender da análise técnica do médico cirurgião, com discussão prévia com o paciente.
- Estou ciente que as indicações cirúrgicas de AMIGDALECTOMIA 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.
- Estou ciente que as indicações cirúrgicas de AMIGDALECTOMIA são relativas nas adenoamigdalites de repetição, abscesso 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.
- Estou ciente que para a execução do ato médico em questão várias são as técnicas e instrumentos empregados pelo profissional: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos e laser fontes de luz, lupas e microscópio.
- Estou ciente que as complicações mais comuns de ocorrer nesta cirurgia, porém, não limitadas somente a estas, são: - *FEBRE e DORES DE GARGANTA ou dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias e devem ser tratadas com medicamentos. MAU-HÁLITO - É comum ocorrer, e cede em 7 a 14 dias. VÔMITOS - Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue. HEMORRAGIA - Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em*

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara. INFECÇÃO - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos. VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS - Podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente.

8. Estou ciente que a Amigdalectomia com ou sem Adenoidectomia a RECIDIVA é rara, porém em crianças alérgicas podem desenvolver-se alguns brotos de tecido linfóide na área operada, podendo demandar futura cirurgia.

9. Esse procedimento cirúrgico me foi explicado previamente de forma clara pelo médico e equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude.

10. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.

11. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Fui esclarecido que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de ÓBITO do paciente, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

12. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

13. Estou ciente de que, para realizar o procedimento em questão, será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

14. Estou ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente:

a) Nos casos de Anestesia Regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

b) Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

c) *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

15. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

16. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

17. Caso necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

18. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.

19. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.

20. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente. A literatura médica está em constante evolução e pode complementar os possíveis riscos do procedimento.

21. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

22. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

23. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, AUTORIZANDO a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
 Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – UCIH
	ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		
Peso (kg):		
Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas? () SIM () NÃO Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ()	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ()	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ()	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g () 1.5g ()	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

Assinatura e Carimbo do Cirurgião