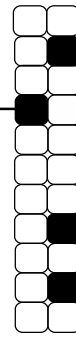


DRª. DANIELLE TORRES

OTORRINOLARINGOLOGISTA

CRM: 52.86326-2



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de UVULOPALATOFARINGOPLASTIA que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico/paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

Nome do Paciente: _____

Representante Legal: _____

RG: _____

Nome do Médico: DANIELLE TORRES

CRM: 52.86326-2

Data da realização do procedimento: ____/____/____

Princípios e Indicações:

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na via aérea alta (excesso de úvula e de palato mole com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas) e pode ser associada a outros procedimentos nasais, da boca e da faringe. As queixas mais frequentes são roncos, acordar à noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações no batimento cardíaco), alterações da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração.

Poderá haver indicação e tratamento cirúrgico em função dos dados clínicos em caso de apneias noturnas (parada respiratória 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 apneias não são tão severas ou quando o ronco passa a dificultar o convívio com outras pessoas.

Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis e equipamentos especiais e laser.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

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.

MAU-HÁLITO: É comum ocorrer e cede em 10 a 20 dias.

VÔMITOS: Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, com resquícios 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 maior volume, podendo levar até a re-intervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA: Pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos graves, pode exigir a realização de traqueotomia.

INFECÇÃO: Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e regride sem antibióticos.

VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS: Podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente.

PERSISTÊNCIA DAS QUEIXAS: Pode ocorrer outras causas para apneia: apneia central (origem neurológica) ou apneia periférica devido a excesso de base de língua, anomalia de mandíbula etc. Em determinadas situações o cirurgião pode ter dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar das estruturas excedentes (úvula e palato mole). Neste caso é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção embora sabendo que tal prudência poderá manter parcialmente o quadro de apneia obstrutiva, necessitando de nova cirurgia alguns meses depois.

COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL: Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias. Devem ser esclarecidas com o médico anesthesiologista.

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-me a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a 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.

Estou também ciente quanto a necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo médico, pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Considero 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 médico a modificar as condutas inicialmente propostas, tomando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo a minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Paciente/ Responsável

Nota: Artigo 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 – É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Dr^a Danielle Torres
Otorrinolaringologista
CRM: 52.86326-2