TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

TCC
ABORL-CCF
Nº 10

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

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 conseqüências 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: _____ Idade: _____

RG nº: _____

Representante Legal: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234**

Data da realização do procedimento: ___/____/20_____

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 à outros procedimentos nasais, da boca e da faringe.

As queixas mais freqüentes 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 apnéias 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 apnéias 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 entre 10 e 20 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 freqüente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sangüínea. 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 apnéia: apnéia central (origem neurológica) ou apnéia 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 (uvulo 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 apnéia obstrutiva, necessitando de nova cirurgia alguns meses depois.
COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL - Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiologista.

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 anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Estou também ciente quanto a necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico (a), 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(a) médico(a) 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 as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ___ de _____ de 20____

Assinatura do paciente: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: _____

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: _____

Assinatura do(a) Médico: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: _____

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.