TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A OTOPLASTIA

TCC
ABORL-CCF
Nº 19

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 submeti dos à cirurgia de **OTOPLASTIA** 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 sejam 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 seus riscos

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de escolaridade: _____

Responsável: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234** Estado: SP

Data da realização do procedimento: ____/____/20_____ Data da informação sobre o procedimento: ____/____/20_____

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A Otoplastia é uma cirurgia para harmonização estética das orelhas, amenizando erros de simetria e deformidades adquiridas ao nascimento, por traumatismos ou mesmo devido ao desenvolvimento corporal.

CIRURGIA

A cirurgia é realizada através de uma incisão atrás da orelha. A correção dos desvios de proporção ocorre através de remoção de porções variadas de cartilagem da orelha e suturas para remodelamento.

Marcas na pele, podem ocorrer devido ao processo cicatricial, sendo sua resolução em 1 a 2 anos.

As técnicas que serão utilizadas no procedimento estão de acordo com a literatura médica científica, com eficácia comprovada e divulgada em encontros de atualização científica da especialidade.

Ao final do procedimento, são posicionadas faixas cirúrgicas e gazes ao redor da cabeça para reduzir a formação de edema. Geralmente o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente há necessidade de internação de mais de um dia.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

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

Inchaço e manchas arroxeadas na orelha: ocorrem em praticamente todas as otoplastias e desaparecem gradualmente ao longo de algumas semanas. Raramente serão permanentes.

Marcas na pele: podem ocorrer devido ao processo cicatricial, porém costumam desaparecer em até um ano.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Necessidade de reoperação: Apesar de bons resultados serem esperados, toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de retoques ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado.

Infecção, abscesso e hematoma da cartilagem da orelha: Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e anti bióticos. Em algumas ocasiões pode levar a necrose (perda) de estruturas o que leva a deformidades permanentes. Podem ser necessárias novas cirurgias, geralmente com resultados estéticos limitados.

Cicatrizes permanentes e formação de queloides: Poderá haver a formação de uma cicatrização permanente devido a remodelação de pele e cartilagem após o procedimento. Cicatrizes hipertróficas, conhecidas como queloides também podem ocorrer a depender das características de cada indivíduo.

Alergia a fios e materiais: Embora incomum, pode ocorrer mesmo em pacientes sem história de alergia prévia. Pode ser necessário novo procedimento cirúrgico para a retirada do material que causou a alergia.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A OTOPLASTIA

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

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O principal cuidado que o paciente necessita realizar é a limpeza da ferida cirúrgica com águia e sabonete.

A dieta e a mobilidade não se alteram, não há necessidade de cuidadores paras as necessidades básicas.

Deve-se ter o cuidado de restringir atividades físicas devido ao risco de inchaço e sangramento. Geralmente na primeira semana o esforço físico deve ser mínimo. Trabalho e atividades mais intensas como academia e esportes devem ser retornadas apenas com liberação do cirurgião.

RESULTADOS ESTÉTICOS, CICATRIZAÇÃO E REOPERAÇÃO

Para se avaliar a completa cicatrização e o resultado final da cirurgia é necessário aguardar de 6 (seis) a 12 (doze) meses.

A cicatrização depende das características e condições de saúde de cada indivíduo.

Características genéticas, em especial o tipo de pele, têm grande influência no resultado final.

Condições de saúde como doenças atuais e prévias, uso de medicamentos, hábitos de vida, alergias, cirurgias anteriores e resultados de exames também podem influenciar o resultado e devem ser devidamente relatadas ao cirurgião.

Reoperação para correções e retoques devem aguardar tempo variável para serem realizadas, sempre a critério do cirurgião, mas geralmente com tempo mínimo de seis meses.

Para melhor adequação das expectativas e resultados da cirurgia, além da devida documentação médico-legal, autorizo o registro fotográfico pré e pós-operatório. Ainda, dou a devida ciência ao médico de minhas expectativas com o procedimento cuja descrição segue: **(descrever minuciosamente a situação pré-operatória e consignar o que o paciente tem de expectativa de alcance do resultado final. Da mesma forma é importante destacar o período em que o procedimento estético irá se concluir)**.

Ante o compromisso do exercício da melhor técnica e todos os possíveis riscos, fui amplamente esclarecido (a) sobre a possibilidade de se chegar ao resultado esperado

FINANCEIRO

Declaro, que além de todas as explicações acima, fui devidamente informado (a) sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos, sendo que estes depois de pagos à equipe médica não serão devolvidos, em nenhuma hipótese, após a cirurgia, pois a cobrança de honorários médicos não está atrelada ao resultado do procedimento.

Novos procedimentos, sejam para sanar complicações ocorridas nos primeiros dias de cirurgia, ou para correções e retoques a longo prazo, poderão ser ou não cobrados, a critério do cirurgião. As despesas hospitalares e honorários do anestesista são cobrados a cada internação ou procedimento e são de exclusiva responsabilidade do paciente.

CONCLUSÃO

A otoplastia é uma cirurgia para harmonização estética das orelhas.

Declaro estar de acordo que embora se trate de cirurgia plástica estética, atrelada ou não a outros procedimentos funcionais, eventual insucesso, não poderá ser atribuído ao cirurgião nos casos em que o dano decorrer por minha conduta exclusiva, como por exemplo deixar de cumprir os retornos ou não seguir rigorosamente as instruções acerca da recuperação pós-operatória sobre as quais fui devidamente orientado (a).

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a 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 da saúde.

Declaro, igualmente, estar ciente de que a evolução do procedimento e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento com o compromisso de me informar sobre tais modificações no primeiro momento possível.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A OTOPLASTIA

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

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.

Declaro que li o texto acima e que os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e métodos terapêuticos alternativos possíveis.

SIM: __ NÃO: __

Tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível.
SIM: __ NÃO: __

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

Assinatura do paciente (ou responsável): _____

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.

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Av. Indianópolis, 1.287 | Planalto Paulista | 04062-001 | São Paulo | SP
Tel (11) 5053-7500 | Fax (11) 5053-7512 | www.aborlccf.org.br | recepcao@aborlccf.org.br