

**SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
CIRURGIA NASAL DO SEPTO E CORNETOS**

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº do Registro/Atendimento:

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____, equipe médica e assistentes, no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, a realizarem o procedimento proposto – Cirurgia Nasal do Septo e Cornetos – como forma de tratamento para _____. O médico explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.

Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização.
2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução.
3. Sinusite, que cede espontaneamente ou é controlada com antibióticos.
4. Hematoma de face, lábio superior e palato, que cedem em alguns dias.
5. Abscesso septal, hematoma e perfuração do septo, exigindo drenagem e reparo cirúrgico.
6. Aderências entre a parede lateral e medial do nariz (sinéquias), que são desfeitas com curativos e raramente exigindo outra intervenção cirúrgica.
7. Hemorragia, podendo ocorrer nas primeiras 12 horas após retirada do tampão (quando utilizado) e que normalmente cede espontaneamente. Em casos raros o sangramento pode ser volumoso, exigindo novo tamponamento e ligadura de vasos para controle.
8. Recidiva dos desvios por vezes necessitando reintervenção e retoques cirúrgicos.
9. Recidiva da hipertrofia dos cornetos, ocorrendo mais em rinopatias alérgicas intensas e raramente necessitando de cirurgia.
10. Outros riscos (especificar quando pertinente): _____

Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.

Fui informado também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo _____.

Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste **consentimento**, incluindo transfusão de san-

que e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.

Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao ambulatório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com meu médico e sua equipe que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: ____/____/____

Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:

Assinatura do paciente (ou responsável):

Documento de identificação: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

Assinatura do médico: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.