

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA – MICROCIURURGIA DE LARINGE

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 – microcirurgia de laringe – 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. Febre e dor, que podem necessitar de tratamento com medicamentos.
4. Vômitos, que podem eventualmente ser constituídos de sangue.
5. Alteração da voz, sendo que em alguns casos pode ocorrer uma piora da voz, dependendo da extensão e localização da lesão.
6. Hemorragia, podendo levar à necessidade de uma nova cirurgia para controle.
7. Dificuldade respiratória, que em casos graves pode estar associada à hemorragia e exigir a realização de uma traqueostomia.
8. Recidiva, principalmente dos nódulos vocais e na papilomatose de laringe, necessitando novas cirurgias.
9. Trauma e fratura de peças dentárias.
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 em muitos casos a necessidade de fonoterapia no período pré e pós-operatório.

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 sangue 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 necessitarem 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.