



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO CIRURGIA DA CABEÇA E DO PESCOÇO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____,
ou seu responsável, Sr.(a) _____,
declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39,VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao(à)
médico(a), assistente Dr.(a) _____,
inscrito(a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao
diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**Cirurgia da cabeça e do pescoço**”, e
todos os procedimentos que o 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.

Declara, outrossim, que o referido (a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9.º da Lei
8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de “**Cirurgia da
cabeça e do pescoço**” antes apontado, prestado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a
serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Princípios e Indicações:

No campo da Otorrinolaringologia existem cirurgias da região da cabeça (face, nariz, seios, orelhas, boca, faringe e couro cabeludo) e
do pescoço (excluindo a coluna vertebral), englobando grande número e variedade de procedimentos que tratam de problemas
congenitos, infecciosos, tumorais (câncer), neurológicos e traumáticos, e por vezes reconstrutivos, funcionais e/ou estéticos.

Tais intervenções atuam em tecidos como pele, músculos, ossos, cartilagens, vasos, nervos e linfonodos, sensíveis à manipulação
cirúrgica, e podem sofrer deformidades estéticas, retrações, infecções e eventuais perdas de estruturas ou função.

As principais cirurgias da cabeça e pescoço tratam de disfunções, infecções (abscessos) e tumores de ouvidos, nariz, seios da face,
boca, faringe e laringe, de pele, vasos, nervos e linfonodos, cistos e lesões benignas da face e do pescoço, tumores de glândulas
salivares e da tireóide e paratireoides, e inclui-se a traqueotomia.

Tratamentos complementares como radioterapia e quimioterapia podem ser indicados, da mesma forma que o uso de prótese
temporárias ou definitivas, conforme o caso.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

FEBRE E DOR – Podem surgir febre e dor reflexa ou na área operada, e devem ceder em poucos dias.

INFECÇÃO – Pode ser grave, e ocorrer na região operada, em especial nas cirurgias do pescoço que chegam até a boca ou
garganta, que são consideradas potencialmente contaminadas, ou à distância, por exemplo, respiratória, urinária ou digestiva.

FÍSTULA – Que correspondem a uma comunicação entre alguma estrutura profunda (boca, faringe) da cabeça e pescoço e alguma
cavidade ou pele. As mais comuns são salivares, digestivas, linfáticas e líquóricas. Seu tratamento é difícil e às vezes requer várias
intervenções. No caso de vazamento de saliva ou estreitamento cicatriciais, a alimentação por via oral pode ser comprometida,
sondas e drenos podem ser necessários por tempo prolongado.

MAU-HÁLITO OU MAU CHEIRO – É comum ocorrer em cirurgias do lábio ou da boca. Em outras áreas pode significar infecção.

HEMORRAGIA – Representa um risco nestas cirurgias, podendo ocorrer até alguns dias após o ato cirúrgico, exigir ou não drenagem
e, quando em maior volume, necessitar reintervenção cirúrgica, reposição de líquidos ou sangue para seu controle.

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA – Pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos
graves, ou associada à hemorragia, pode exigir a realização de traqueotomia. Após trauma ou cirurgias laringotraqueais, pode significar
estenose.

CONSEQUÊNCIAS HORMONAIS – Podem ocorrer no pós-operatório de cirurgias da tireóide, paratireoides ou laringectomias, na
dependência da possibilidade de prevenção e da vitalidade do tecido produto de hormônio que tenta sido preservado. Tais
consequências podem ser simples ou graves, de fácil, moderada ou muito difícil compensação com medicamentos.

DISTÚRBIOS DE SENSIBILIDADE – Pode ocorrer na região operada ou em áreas próximas, em consequências de edema (inchaço)
ou de manipulação de vasos ou nervos da região. Sensibilidade a frio, dor local ou suor na face ao alimentar-se, podem ocorrer.

PARESIAS, PARALISIAS, ALTERAÇÕES DA VOZ, DA FALA OU DA DEGLUTIÇÃO – Podem ocorrer na dependência da área
operada – boca, faringe, laringe, nervos (e seus ramos) como o facial, hipoglosso, acessório, laríngeo superior ou inferior, mesmo
cuidadosamente manipulados podem apresentar disfunções temporárias ou definitivas.



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO CIRURGIA DA CABEÇA E DO PESCOÇO

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

Declara, ainda, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a) e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-se respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a), autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Cidade _____ Estado _____

Assinatura do paciente

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente

Assinatura do(a) Médico(a)

Para pacientes menores, que tenham responsável legais ou não possam assinar esta autorização.

Qualificação(profissão) _____

Qualificação(profissão) _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Cidade: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Estado: _____

Estado: _____

Identidade (RG): _____

Identidade (RG): _____

Nº de inscrição no CRM - _____ - _____

Grau de parentesco ou relação: _____

Código de Ética Médica – Art.59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art.9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art.39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras abusivas; VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.