

# TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

## CIRURGIA DE

### UVULOPALATOFARINGOPLASTIA



**Cruz Vermelha Brasileira**  
Filial do Estado do Paraná  
Hospital da Cruz Vermelha

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 “**Uvulopalatofaringoplastia**”, 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 “**Uvulopalatofaringoplastia**” antes apontado, 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:**

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na nasofaringe (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 frequentes são roncos, acordar à noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações no batimento cardíaco), alteração da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando existem apneias noturnas (paradas respiratórias 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 apneias 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 analgésico 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 frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. 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, ou associada à hemorragia, pode exigir a realização de traqueotomia.

**INFECÇÃO** – Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos.

**VOZ ANASALADA E REFLUXO NASAL DE LÍQUIDOS** – Podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente.

**PERSISTÊNCIA DAS QUEIXAS** – Pode ocorrer (não é comum) quando existe associação de causas centrais ou outras causas periféricas (excesso de base de língua, anomalias de mandíbula, dentre outras), ou quando a ressecção foi mais econômica do que o caso requeria. Isto ocorre porque o cirurgião normalmente tem dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar destas estruturas excedentes. Nesses casos é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção, embora sabendo que tal prudência poderá levar à nova cirurgia, alguns meses depois.

**COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL** – Complicação anestésicas são muitas raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiológico.



# TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

## CIRURGIA DE

### UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

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, comprometendo-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.