	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia	Código	FQ-ULA-40754
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	1 / 5

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___, ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização


ao (a) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____

Credenciado pelo Hospital Unimed, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA, e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES: As amígdalas ou tonsilas palatinas (e as vegetações adenóides) são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero digestivo superior podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou infecções repetidas. As indicações cirúrgicas são absolutas quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (engasgos freqüentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso), crises infecciosas muito intensas ou repetidas, e tumores. As Indicações cirúrgicas são relativas nas adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, halitose (mau hálito), nas deformidades orofaciais (que existam ou que tendam a ocorrer para sua prevenção) e, mais raramente, sinusites ou otites de repetição, e otite média secretora. Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais (pinças, bisturis e tesouras), bisturis elétricos, eletrônicos e laser, fontes de luz, lupas e microscópio.

COMPLICAÇÕES:

FEBRE E DOR – Febre e dores de garganta ou dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias e devem

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia	Código	FQ-ULA-40754
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	2 / 5

ser tratadas com medicamentos. MAU-HÁLITO – É comum ocorrer, e cede em 7 a 14 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 a reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

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

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

RECIDIVA – É rara. Em crianças alérgicas podem desenvolver-se alguns brotos de tecido linfóide na área operada.

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


INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia	Código	FQ-ULA-40754
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	3 / 5

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a AMIGDALECTOMIA COM OU SEM ADENOIDECTOMIA, tenha o resultado pretendido.


Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso à minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia	Código	FQ-ULA-40754
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	4 / 5

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.


Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Balneário Camboriú (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
_____	_____
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(o) paciente
_____	_____
RG Nº	RG Nº
_____	_____
Nome	Nome
Balneário Camboriú (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____	

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 – Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24º Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia	Código	FQ-ULA-40754
		Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	5 / 5

pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Art. 31º. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.