

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 (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: UVULOPALATOFARINGOPLASTIA, 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.

**PRINCIPIOS E INDICAÇÕES:** Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na via aérea alta (excesso de úvula e de palato mole com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas) e pode ser associada a outros procedimentos nasais, da boca e da faringe.

As queixas mais freqüentes são roncos, acordar à noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações no batimento cardíaco), alterações da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando existem apnéias noturnas (parada respiratória de 10 segundos ou mais) repetitivas durante o sono, as quais, em casos extremos, podem ameaçar a vida do paciente.

As indicações cirúrgicas são **relativas** quando as apneias 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 analgésicos 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 a 20 dias.

**VOMITOS:** 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 freqüente 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.

**DIFICULDADE RESPIRATÓRIA:** pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos graves, pode exigir a realização de traqueostomia.

**INFECÇÃO:** pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, regride sem antibióticos.

**VOZ ANASALADA E REFLUXO 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:** complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesista.

#### **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.

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 **UVULOPALATOFARINGOPLASTIA**, 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(a) 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 a 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.**

**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**

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.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME
Joinville (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 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.**