

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cirurgia: Coloboma Auris (Cisto pré auricular)

O coloboma auris é uma malformação congênita que se caracteriza por um pequeno orifício, de 1 a 2 mm, localizado, na maioria dos casos, anteriormente à hélice da orelha e superior ao trago. Outras localizações, apesar de raras, já foram descritas.

Esta doença é um defeito na embriogênese. O aparelho branquial, transitório nos embriões dos mamíferos, torna-se evidente em torno da quarta semana e se completa entre a sexta e a oitava semanas de gestação. O aparelho branquial é formado por seis fendas e arcos branquiais; o primeiro e segundo arcos branquiais darão origem à orelha durante a sexta semana de gestação

Após a cirurgia pode ocorrer:

- infecção da ferida operatória
- recidiva da doença
- Caso a extensão da lesão se aprofunde até ramos terminais do nervo facial, embora raro, poderá culminar em acometimento do mesmo.

Cirurgião: Dr Bruno Borges Taguchi

Av John Boyd Dunlop, s/nº - Jardim Londres- CEP 13060-803- PABX (19) 3343-8600- Campinas-SP

BRUNO BORGES TAGUCHI
CRM 157736


Dr Bruno Borges Taguchi
CRM 157.736
Otorrinolaringologista

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-me a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a 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. Estou também ciente quanto a necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Considero 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, tomando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo a minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento proposto.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia CérvicoFacial

Cidade: _____

Data: _____

Nome do Paciente _____

RG: do Paciente _____

Assinatura do Paciente _____.

Nome do responsável pelo paciente _____

Assinatura do responsável pelo paciente _____

Av John Boyd Dunlop, s/nº - Jardim Londres- CEP 13060-803- PABX (19) 3343-8600- Campinas-SP

BRUNO BORGES TAGUCHI

CRM 157736


Dr Bruno Borges Taguchi
CRM 157.736
Otorrinolaringologista

Dr. Bruno Borges Taguchi

OTORRINOLARINGOLOGISTA
CRM 157.736

Assinatura e CRM do Médico responsável pelo procedimento:

Av John Boyd Dunlop, s/nº - Jardim Londres- CEP 13060-803- PABX (19) 3343-8600- Campinas-SP

BRUNO BORGES TAGUCHI
CRM 157736

Dr Bruno Borges Taguchi
CRM:157736
Otorrinolaringologista

CRM
Otorrinolaringologista