

TERMO DE CONSETIMENTO- REDUÇÃO FRATURA NASAL

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) BRUNO BORGES TAGUCHI, inscrito (a) no CRM-157736 para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “FRATURA NASAL”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: fratura de ossos nasais é a perda de continuidade traumática dos ossos formadores do nariz. O nariz é um dos principais órgãos da respiração e tem importante função estética na face.

COMPLICAÇÕES:

- 1- Deiscência de suturas: abertura da ferida operatória ou de pontos da ferida operatória;
- 2- Deformidade ou assimetria facial em diferentes graus, dependendo do tipo e gravidade da fratura;
- 3- Perfuração do septo nasal;
- 4- Rinorragia ou epistaxe: sangramento nasal;
- 5- Necrose de tecidos do nariz: podendo ser necessário outras cirurgias para correção;
- 6- Hemorragias ou equimoses subpalpebrais: manchas na pele das pálpebras devido manipulação dos tecidos;
- 7- Obstrução nasal: geralmente temporária. Pode ser definitiva;
- 8- Hematoma septal;
- 9- Anosmia: perda da sensação da olfação;
- 10- Cicatriz inestética ou quelóide na face.

CBHPM - 3.05.01.00-8 / 3.05.01.22-9 / 3.05.01.23-7 / 3.05.01.42-3

CID 10 - S003 / S012 / S022 / S027

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda 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, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa sua realização.

Campinas -SP, _____ de _____ de _____.

	TERMO DE CONSETIMENTO- REDUÇÃO FRATURA NASAL
--	-----------------------------------------------------

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____