



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
Indicado e recomendado pela
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia
e Cirurgia Cérvico-Facial

TCC/ABORL-CCF/Nº 8

**POLIPLECTOMIA E
SINUSECTOMIA**

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de **POLIPLECTOMIA E SINUSECTOMIA** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

Nome do Paciente: _____

RG nº : _____

Representante Legal: _____

Nome do Médico: **BRUNO BORGES TAGUCHI**

CRM nº: **157736 - SP**

Data da realização do procedimento: ____/____/____

Princípios e Indicações:

Sinusite é a infecção existente em cavidades ósseas (sinus) que existem em torno das cavidades nasais (maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais). Quando esta infecção ou comprometimento persiste, e resiste aos tratamentos clínicos, é considerada crônica, e pode-se indicar o tratamento cirúrgico.

Pólipo nasal é uma massa, gelatinosa ou fibrosa, que se desenvolve na cavidade nasal ou nos seios paranasais, podendo ser único ou múltiplo. Sua causa ainda não está bem estabelecida podendo eventualmente estar associado a quadro alérgico.

Tais cirurgias incluem várias indicações e diferentes técnicas: Via externa (acesso direto) e Via endonasal com uso de microscópio ou mais frequentemente com endoscópio. Nestas cirurgias habitualmente utilizam materiais especiais: bisturis elétricos, eletrônicos e microdebridador. A região abordada é extremamente complexa, com artérias, veias, próxima à órbita e à meninge, de acesso difícil e sujeita a freqüentes variações anatômicas. Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível se prever exatamente quais alterações serão encontradas e, portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, constituindo os vários fatores que podem impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

DOR - É comum no pós-operatório, de intensidade média e de fácil controle.

HEMORRAGIA - Representa um risco importante nestas cirurgias. Os casos mais sérios podem necessitar transfusão sanguínea e até reintervenção cirúrgica. Hemorragias fulminantes são raras, porém descritas na literatura médica.

FÍSTULA LIQUÓRICA - Surge em casos onde ocorre a exposição da meninge durante o ato cirúrgico. É uma situação rara e quando diagnosticada no próprio ato operatório pode ser corrigida de imediato caso contrário poderá ser necessária nova intervenção cirúrgica para seu fechamento.

MENINGITE - É rara mas pode ocorrer quando as meninges são atingidas ou expostas.

ABCESSO CEREBRAL e EXTRA-DURAL, e TROMBOSE DOS SEIOS CAVERNOSOS - São muito raros e pouco descritos na literatura médica, sendo considerado complicações graves.

OSTEOMIELITE - A osteomielite dos ossos em torno das cavidades nasais, com o advento da antibioticoterapia, tornou-se muito rara.

COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS - São raras e podem ocorrer gerando processos infecciosos no olho ou cavidade orbitária como celulites, abscessos, neurite e tromboflebite do seio cavernoso. Nesses casos pode haver paralisia dos músculos do olho e até cegueira eventualmente pode ocorrer enfisema no subcutâneo (região palpebral).

OLFATO - Geralmente o olfato fica reduzido na presença da polipose nasal e, após a cirurgia, na maioria das vezes melhora. Em alguns casos poderá haver piora ou perda total.

RECIDIVA - Quando a polipose nasal é de causa alérgica geralmente há recidiva após meses ou anos. Outros processos nasais e sinusais recidivam mais raramente.

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

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.

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Av. Indianópolis, 740 • Moema • 04062-001 • São Paulo • SP

Tel (11) 5053-7500 • Fax (11) 5053-7512

www.aborlccf.org.br • recepcao@aborlccf.org.br



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
Indicado e recomendado pela
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia
e Cirurgia Cérvico-Facial

TCC/ABORL-CCF/Nº 8

**POLIPECTOMIA E
SINUSECTOMIA**

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 ora proposto.

Cidade: _____ Estado: _____ Data: _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente: _____

Qualificação (profissão): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

RG nº _____

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente: _____

Qualificação (profissão): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

RG nº _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Qualificação (profissão): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

RG nº: **43.255.154-2**

CRM nº: **157736 - SP**

Nota 1: Artigo 34º do Código de Ética Médica e no art. 9.º da Lei 8.078/90 – É vedado ao médico 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, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Av. Indianópolis, 740 • Moema • 04062-001 • São Paulo • SP

Tel (11) 5053-7500 • Fax (11) 5053-7512

www.aborlccf.org.br • recepcao@aborlccf.org.br