

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, 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, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)**", e todos os procedimentos que o 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. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e 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 no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Consistem na perda de continuidade traumática de múltiplos ossos formadores da parte média e superior da face. Geralmente devido a alta energia do trauma, envolve também lesão de estruturas não ósseas (cavidade nasal, seios paranasais, conteúdo orbitário, nervos da olfação, vias lacrimais, pele, dentes). O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) comumente envolve incisões por dentro da boca e por fora da boca (incisões na pele da face). Poderá ser necessário a inserção uma ou mais próteses (placas, parafusos, fios ou telas de aço ou titânio) para a correção das fraturas. Geralmente estas próteses não serão retiradas após a cirurgia. Poderá ser necessário amarrar os dentes (fixação intermaxilo mandibular) e manter a boca fechada por períodos variados de tempo.

COMPLICAÇÕES:

- Enoftalmia: recuo do globo ocular para dentro da órbita;
- Exoftalmia: protusão ou avanço do globo ocular para fora da órbita; 3- Limitação dos movimentos do globo ocular: temporária ou definitiva; 4- Diplopia ou visão dupla: temporária ou definitiva;
- Perda parical ou total da visão (cegueira);
- Hemorragia conjuntival: sangramento na mucosa que envolve o olho;
- Assimetria ou deformidade facial em diferentes graus, dependendo da severidade das fraturas ; 8- Ectrópio: rotação externa da pálpebra ("pálpebra virada para fora");
- Entrópio: rotação interna da pálpebra ("pálpebra virada para dentro");
- Formação de cicatriz inestética ou quelóide na face;
- Dificuldade temporária ou definitiva em abrir e fechar a boca;
- Exposição e/ou extrusão de próteses inseridas durante a cirurgia, podendo ser necessária nova cirurgia para retirada ou correção ;
- Perda da sensibilidade de parte da face, podendo ser temporária ou definitiva;
- Disocclusão dentária; (ou desalinhamento no fechamento ou encaixe correto dos dentes da arcada superior com inferior) 15- Dor crônica na face;
- Anosmia; (perda da olfação);
- Obstrução nasal temporária ou definitiva em diferentes graus; 18- Fístula líquórica 19- Lacrimejamento crônico; 20- Necrose ou perda de dentes.

CBHPM = 3.02.07.14-2/3.02.07.15-0/3.02.07.16-9/3.02.07.17-7/3.02.07.18-5/ 3.02.07.10-0
3.02.07.19-3/ 3.02.07.20-7/ 3.02.07.19-3

CID 10 - S027 S028 S029

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE

Declaro, 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, 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 de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome/RG

Nome/RG

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico 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. 34º. 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 lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou 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. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.