

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITAL MAXILAR

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 "**FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITAL MAXILAR**", 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: Perda de continuidade, geralmente traumática, dos ossos da face que formam os contornos comumente denominados "maça do rosto" e também formam parte da estrutura que sustenta a cavidade orbitária (cavidade onde está contida o globo ocular). O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) poderá ser feito por dentro da boca, por fora da boca (incisões na pele da face) ou pela combinação dos dois. Poderá ser necessário a inserção de próteses (placas, parafusos, fios ou telas de aço ou titânio) para a correção da fratura. Geralmente estas próteses não serão retiradas após a cirurgia

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 da fratura ; 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.

CBHPM - 3.02.07.01-0/3.02.07.0299/3.02.07.19-3/3.02.07.06-1/3.02.07.07-0/3.02.07.14-2

CID 10 - S023 - S024

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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).

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.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITAL MAXILAR

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.