

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-_____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo responsável legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90¹, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____ ou qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésias, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):

TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF:

¹ Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A timpanoplastia é a cirurgia realizada para corrigir uma perfuração timpânica através do uso de um enxerto.

Quando existe uma interrupção da cadeia ossicular faz-se esta correção usando também cartilagem, osso ou material sintético, no mesmo tempo cirúrgico ou em segundo tempo. Procura-se assim tratar o problema crônico e o déficit auditivo.

Quando há colesteatoma (neoplasia epitelial benigna de característica destrutiva), a cirurgia é mais extensa.

Assim, em determinados casos realiza-se a mastoidectomia radical, com a derrubada de parede posterior do conduto auditivo externo e o alargamento do conduto. Nestes casos, durante meses ou anos, existirá ainda secreção no ouvido, necessitando curativos e cauterizações e, mais raramente, outra cirurgia.

Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível se prever exatamente quais alterações serão encontradas no ouvido. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, como retirada de estruturas, colheita de materiais e enxertias e interposição de próteses para reconstrução da cadeia ossicular o que pode impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

- **INFECÇÃO:** Infecção no ouvido, com drenagem de secreção, inchaço e dor pode persistir após a cirurgia ou, em raras ocasiões, aparecer por alterações cicatriciais. Quando isto ocorre, uma cirurgia adicional pode ser necessária para controlar a infecção.
- **PERDA DA AUDIÇÃO:** Em pequena parte dos pacientes operados a audição poderá diminuir por problemas cicatriciais. Raramente esta perda poderá ser severa;
- **PERFURAÇÃO TIMPÂNICA RESIDUAL OU RECIDIVANTE:** Em parte dos casos poderá não ocorrer à total pega do enxerto, ou ele poderá necrosar (ser perdido) posteriormente. Nestes casos, uma segunda cirurgia é indicada para corrigir este defeito;
- **ZUMBIDO:** Pode surgir ou piorar e é de difícil tratamento;

- TONTURA: Poderá ocorrer logo após a cirurgia, por irritação das estruturas do ouvido interno. Em alguns casos poderá persistir por uma semana;
- DISTÚRPIO DO PALADAR E BOCA SECA: Não é raro ocorrer por semanas após a cirurgia. Em alguns casos este distúrbio poderá ser prolongado pelo manuseio ou secção do nervo corda do tímpano, havendo em geral compensação gradual;
- PARALISIA FACIAL: É rara e pode ocorrer temporária ou definitivamente, em face da exposição, anormalidade ou edema do nervo, que pode regredir espontaneamente. Em raras ocasiões o nervo poderá ser lesado na cirurgia e, nestes casos, pode ser necessário um enxerto de nervo do pescoço ou da perna. Também podem haver complicações oculares, resultantes dessa paralisia facial;
- HEMATOMA: Por vezes se forma hematoma, que pode exigir drenagem cirúrgica;
- FÍSTULA LIQUÓRICA: Na cirurgia da mastóide poderá ocorrer fístula líquórica, podendo a correção ser feita no mesmo ou em outro ato cirúrgico;
- COMPLICAÇÕES CRANIANAS: Mesmo nas mastoidectomias mais alargadas é raro ocorrer meningite ou abscesso cerebral, geralmente cede com antibióticos;
- COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL: Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiológico.

INFECCÃO HOSPITALAR:

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e

restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF:

Deve ser preenchido pelo médico assistente
<p>Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.</p> <p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
<hr/> Assinatura do(a) paciente	<hr/> Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

Código de Ética Médica: Art. 22º. 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer seu autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** 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, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.

1º via do Paciente.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-_____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90², a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____ ou qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésias, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):

TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF:

² Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A timpanoplastia é a cirurgia realizada para corrigir uma perfuração timpânica através do uso de um enxerto.

Quando existe uma interrupção da cadeia ossicular faz-se esta correção usando também cartilagem, osso ou material sintético, no mesmo tempo cirúrgico ou em segundo tempo. Procura-se assim tratar o problema crônico e o déficit auditivo.

Quando há colesteatoma (neoplasia epitelial benigna de característica destrutiva), a cirurgia é mais extensa.

Assim, em determinados casos realiza-se a mastoidectomia radical, com a derrubada de parede posterior do conduto auditivo externo e o alargamento do conduto. Nestes casos, durante meses ou anos, existirá ainda secreção no ouvido, necessitando curativos e cauterizações e, mais raramente, outra cirurgia.

Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível se prever exatamente quais alterações serão encontradas no ouvido. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, como retirada de estruturas, colheita de materiais e enxertias e interposição de próteses para reconstrução da cadeia ossicular o que pode impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

- **INFECÇÃO:** Infecção no ouvido, com drenagem de secreção, inchaço e dor pode persistir após a cirurgia ou, em raras ocasiões, aparecer por alterações cicatriciais. Quando isto ocorre, uma cirurgia adicional pode ser necessária para controlar a infecção.
- **PERDA DA AUDIÇÃO:** Em pequena parte dos pacientes operados a audição poderá diminuir por problemas cicatriciais. Raramente esta perda poderá ser severa;
- **PERFURAÇÃO TIMPÂNICA RESIDUAL OU RECIDIVANTE:** Em parte dos casos poderá não ocorrer à total pega do enxerto, ou ele poderá necrosar (ser perdido)

posteriormente. Nestes casos, uma segunda cirurgia é indicada para corrigir este defeito;

- ZUMBIDO: Pode surgir ou piorar e é de difícil tratamento;
- TONTURA: Poderá ocorrer logo após a cirurgia, por irritação das estruturas do ouvido interno. Em alguns casos poderá persistir por uma semana;
- DISTÚRPIO DO PALADAR E BOCA SECA: Não é raro ocorrer por semanas após a cirurgia. Em alguns casos este distúrbio poderá ser prolongado pelo manuseio ou secção do nervo corda do tímpano, havendo em geral compensação gradual;
- PARALISIA FACIAL: É rara e pode ocorrer temporária ou definitivamente, em face da exposição, anormalidade ou edema do nervo, que pode regredir espontaneamente. Em raras ocasiões o nervo poderá ser lesado na cirurgia e, nestes casos, pode ser necessário um enxerto de nervo do pescoço ou da perna. Também podem haver complicações oculares, resultantes dessa paralisia facial;
- HEMATOMA: Por vezes se forma hematoma, que pode exigir drenagem cirúrgica;
- FÍSTULA LIQUÓRICA: Na cirurgia da mastóide poderá ocorrer fístula liquórica, podendo a correção ser feita no mesmo ou em outro ato cirúrgico;
- COMPLICAÇÕES CRANIANAS: Mesmo nas mastoidectomias mais alargadas é raro ocorrer meningite ou abscesso cerebral, geralmente cede com antibióticos;
- COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL: Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiológico.

INFECCÃO HOSPITALAR:

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF:

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

_____ Assinatura do(a) paciente	_____ Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

Código de Ética Médica: Art. 22º. 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** 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, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.

2º via do Médico(a) assistente.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-_____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90³, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____ ou qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésias, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):

TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF:

³ Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito no CPF/ME sob o nº _____._____._____-____, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). _____, inscrito no CRM/SC sob o nº _____, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA**

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A timpanoplastia é a cirurgia realizada para corrigir uma perfuração timpânica através do uso de um enxerto.

Quando existe uma interrupção da cadeia ossicular faz-se esta correção usando também cartilagem, osso ou material sintético, no mesmo tempo cirúrgico ou em segundo tempo. Procura-se assim tratar o problema crônico e o déficit auditivo.

Quando há colesteatoma (neoplasia epitelial benigna de característica destrutiva), a cirurgia é mais extensa.

Assim, em determinados casos realiza-se a mastoidectomia radical, com a derrubada de parede posterior do conduto auditivo externo e o alargamento do conduto. Nestes casos, durante meses ou anos, existirá ainda secreção no ouvido, necessitando curativos e cauterizações e, mais raramente, outra cirurgia.

Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível se prever exatamente quais alterações serão encontradas no ouvido. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários, como retirada de estruturas, colheita de materiais e enxertias e interposição de próteses para reconstrução da cadeia ossicular o que pode impedir que o resultado final seja o esperado e desejado.

APÓS A CIRURGIA PODERÃO OCORRER:

- **INFECÇÃO:** Infecção no ouvido, com drenagem de secreção, inchaço e dor pode persistir após a cirurgia ou, em raras ocasiões, aparecer por alterações cicatriciais. Quando isto ocorre, uma cirurgia adicional pode ser necessária para controlar a infecção.

- PERDA DA AUDIÇÃO: Em pequena parte dos pacientes operados a audição poderá diminuir por problemas cicatriciais. Raramente esta perda poderá ser severa;
- PERFURAÇÃO TIMPÂNICA RESIDUAL OU RECIDIVANTE: Em parte dos casos poderá não ocorrer à total pega do enxerto, ou ele poderá necrosar (ser perdido) posteriormente. Nestes casos, uma segunda cirurgia é indicada para corrigir este defeito;
- ZUMBIDO: Pode surgir ou piorar e é de difícil tratamento;
- TONTURA: Poderá ocorrer logo após a cirurgia, por irritação das estruturas do ouvido interno. Em alguns casos poderá persistir por uma semana;
- DISTÚRPIO DO PALADAR E BOCA SECA: Não é raro ocorrer por semanas após a cirurgia. Em alguns casos este distúrbio poderá ser prolongado pelo manuseio ou secção do nervo corda do tímpano, havendo em geral compensação gradual;
- PARALISIA FACIAL: É rara e pode ocorrer temporária ou definitivamente, em face da exposição, anormalidade ou edema do nervo, que pode regredir espontaneamente. Em raras ocasiões o nervo poderá ser lesado na cirurgia e, nestes casos, pode ser necessário um enxerto de nervo do pescoço ou da perna. Também podem haver complicações oculares, resultantes dessa paralisia facial;
- HEMATOMA: Por vezes se forma hematoma, que pode exigir drenagem cirúrgica;
- FÍSTULA LIQUÓRICA: Na cirurgia da mastóide poderá ocorrer fístula liquórica, podendo a correção ser feita no mesmo ou em outro ato cirúrgico;
- COMPLICAÇÕES CRANIANAS: Mesmo nas mastoidectomias mais alargadas é raro ocorrer meningite ou abscesso cerebral, geralmente cede com antibióticos;
- COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL: Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiológico.

INFECÇÃO HOSPITALAR:

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na

incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

CPF: _____

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

_____ Assinatura do(a) paciente	_____ Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

Código de Ética Médica: Art. 22º. 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer seu autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** 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, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.

3º via do Hospital Grande Florianópolis.