



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E COLOCAÇÃO
DE TUBO DE VENTILAÇÃO**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento cirúrgico designado **“ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO ”**.

-Definição:As adenóides e as amígdalas palatinas são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero-digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia ou infecções repetidas.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (respiração bucal, ronco, engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso), e tumores.

As indicações cirúrgicas são **relativas** nas adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, nas deformidades orofaciais (existente ou para sua prevenção), otites de repetição, por vezes com redução da audição e, mais raramente, sinusites de repetição.

Está indicada a colocação de tubos de ventilação (carretéis) quando persiste, apesar do tratamento clínico, quadro de diminuição de audição pela presença de líquido no ouvido médio, com ou sem retração timpânica, relacionada à possível disfunção ou obstrução da tuba auditiva (trompa de Eustáquio), podendo determinar perda parcial da audição, sensação de plenitude (ouvido cheio), e mais raramente zumbidos (zoeira) ou vertigem (tonturas). O dreno comum é eliminado espontaneamente, geralmente entre 3 a 6 meses, mas existe um dreno de “demora” (raramente usado), que permanece por mais tempo. Durante todo o período em que o paciente permanecer com o dreno, deve-se evitar a entrada de água no canal auditivo (não molhar ouvido). Mesmo após essa cirurgia os sintomas auditivos podem persistir ou retornar e exigir nova cirurgia.

- **Principais complicações: febre e dor** - referida na área do ouvido, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias, e devem ser tratadas com medicamentos. **Mau hálito** - é comum ocorrer e cede em 7 a 14 dias. **Vômitos** – mais comum no dia da cirurgia, constituídos de sangue. **Hemorragia** - representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 14 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até a reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. **Infecção** - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe, e geralmente regride sem antibióticos. **Voz anasalada e**



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E COLOCAÇÃO
DE TUBO DE VENTILAÇÃO**

refluxo de líquidos - podem ocorrer nos primeiros dias desaparecendo espontaneamente. **Recidiva** - mais frequente em crianças jovens e alérgicas, raramente necessitando reintervenção; e a das amígdalas é rara (brotos linfóides). O retorno do acúmulo de líquido sero-mucoso no ouvido médio é passível de ocorrer e pode exigir nova intervenção cirúrgica. **Secreção purulenta no ouvido** - poderá ocorrer pela entrada de água no ouvido ou após gripes e resfriados. **Permanência de perfuração timpânica** - após a saída do dreno de ventilação poderá permanecer uma perfuração no tímpano (raro). **Perda auditiva** - a perda auditiva causada pelo trauma sonoro do aspirador é rara.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E COLOCAÇÃO
DE TUBO DE VENTILAÇÃO**

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____