



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)  
AMIGDALECTOMIA**

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 “**AMIGDALECTOMIA**”.

**-Definição:** Amigdalectomia consiste na remoção cirúrgica das amígdalas. As amígdalas (tonsilas palatinas) são órgãos localizados na garganta e atuam no auxílio da imunidade do organismo. Sua função pode estar comprometida e acarretar problemas à saúde quando estão hipertrofiadas (aumento de tamanho) ou em casos de infecções de repetição.

Dentre as principais indicações para sua remoção estão: obstrução da via respiratória (respiração bucal, roncos ou engasgos), síndrome da apneia obstrutiva do sono, adenomigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano (cavidade com saída de pus ao redor da amígdala) e amigdalite crônica caseosa (restos de alimentos ficam acumulados e acompanhados de mau hálito).

A cirurgia é realizada através da boca. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. Em algumas situações, o cirurgião pode dar pontos nos locais em que as amígdalas foram retiradas ou fazer cauterização com o bisturi elétrico. Geralmente, o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente há necessidade de internação de mais de um dia.

**- Principais Complicações:** Sangramento (raro), Infecção (muito raro), Voz anasalada e refluxo de líquidos (primeiros dias); Perda ou quebra de dentes - mais comum nos “dentes de leite”. Crises de inflamação e infecção na faringe (faringites) – depende da predisposição pessoal de apresentar inflamação do tecido linfóide presente nas paredes faríngeas, geralmente decorrentes de infecções virais e alergias.

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



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)  
AMIGDALECTOMIA**

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.

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 : \_\_\_\_\_



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](http://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)  
AMIGDALECTOMIA**

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_