



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 COM OU SEM ADENOIDECTOMIA**

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 COM OU SEM ADENOIDECTOMIA ”**.

**-Definição:** As amígdalas ou tonsilas palatinas (e as vegetações adenoides) são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero-digestivo superior podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia (aumento) ou infecções repetidas.

As adenoides normalmente crescem até os 5 anos e após, regredem até os 14 a 20 anos, raramente persistindo hipertrofiada (aumentada) após esta idade. As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória, com respiração bucal permanente e prejuízo da oxigenação, podendo evoluir com apneia do sono (parada respiratória de 10 a 15 segundos ou mais), cor pulmonale (dilatação das câmaras direitas do coração pelo esforço respiratório) e até mesmo parada cardiorrespiratória.

As indicações cirúrgicas são **relativas** em crianças com otites médias de repetição, sinusite de repetição, otite secretora geralmente com redução da audição e nas deformidades orofaciais.

**- Principais Complicações: Febre e dores** de gargantas ou dor referida na área do ouvido: são raras e não devem ser causa de inquietação. **Mau hálito:** possível de ocorrer e cede em alguns dias. **Vômitos:** podem ocorrer algumas vezes no dia da cirurgia e haver presença de sangue. **Hemorragia:** representa o maior risco desta cirurgia, podendo levar a reintervenção cirúrgica (raro). **Infecção:** pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e melhora sem antibióticos. **Voz anasalada e refluxo de líquidos:** primeiros dias ou semanas e desaparecem espontaneamente. Eventualmente necessitam de tratamento fonoaudiológico ao até uma nova cirurgia para correção do problema. **Recidiva:** é possível, quanto mais jovem ou mais alérgica for a criança, podendo ser necessária a reintervenção.

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



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 COM OU SEM ADENOIDECTOMIA**

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.

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: \_\_\_\_\_



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 COM OU SEM ADENOIDECTOMIA**

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

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

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

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