



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)
CIRURGIA DO IMPLANTE COCLEAR**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“CIRURGIA DO IMPLANTE COCLEAR”**.

- **Definição:** A cirurgia para colocação do aparelho tem como base uma cirurgia chamada mastoidectomia. Nesta cirurgia, o osso atrás da orelha é retirado para se ter a visão de uma parte do ouvido (ouvido médio), onde se encontra projetada a cóclea (órgão sensível da audição). Por meio de uma pequena broca (instrumento cirúrgico), realiza-se uma abertura na cóclea por onde se colocam os eletrodos do implante coclear. A outra parte da unidade interna, que é a antena receptora, é fixada no osso acima da orelha, ficando embaixo da pele e dos músculos.

- **Principais Complicações:** Infecção: na cicatriz cirúrgica ou no ouvido operado, que são facilmente tratadas com medicamentos. Em casos raros, pode ser necessária outra cirurgia caso a infecção comprometa a posição da unidade implantada (a saída da unidade implantada pela pele); Zumbido (barulho no ouvido); Tontura (raro); Paresia ou Paralisia do Nervo Facial (raro); Distúrbio de paladar e boca seca: surge devido à manipulação ou secção do nervo corda do tímpano. Em alguns casos, o paciente pode sentir um gosto metálico ou diferente na boca durante algum tempo, o qual cessa espontaneamente em algumas semanas.

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,



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)
CIRURGIA DO IMPLANTE COCLEAR**

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, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

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: _____