



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)  
MICROCIRURGIA DE LARINGE**

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

- **Definição:** A Microcirurgia da Laringe é indicada para remoção de pólipos, nódulos, cistos, hemangiomas, papilomas, tumores malignos menores, biópsias e outras lesões de pregas vocais ou da laringe como um todo, e para correção de sua função de respiração, fonação e/ou deglutição, podendo ser injetados ou aplicados medicamentos, tecidos ou materiais, orgânicos ou não, em áreas da laringe, visando melhor função. O acesso cirúrgico exige o uso de um laringoscópio de suspensão, que se apoia sobre os dentes (geralmente incisivos mediais) e sobre o tórax, e adaptação de microscópio e instrumentos especiais, pinças, tesouras, endoscópios e aparelhos de corte e coagulação, bisturis elétricos, eletrônicos e laser.

- **Principais Complicações: Alteração De Voz** – com melhora da qualidade da voz após alguns dias da cirurgia, exceto em caso de tumores. **Vômitos** – no dia da cirurgia, podendo conter sangue. **Hemorragia** - rara, podendo indicar reintervenção cirúrgica se em grande volume. **Dificuldade respiratória** - pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema das pregas vocais ou da laringe como um todo. Em casos mais graves ou associada à hemorragia, pode exigir a realização de traqueotomia. **Recidiva** - São raras mas podem ocorrer dependendo do tipo de lesão. **Dor** - pode ocorrer na faringe e refletindo na área do ouvido. **Traumatismo dentário** - nos casos em que exista uma projeção ou fragilidade maior dos dentes.

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 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,



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)  
MICROCIRURGIA DE LARINGE**

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: \_\_\_\_\_

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

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

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