



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)
POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA**

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

- **Definição:** Sinusite é a infecção existente em cavidades ósseas (seios paranasais) que existem em torno das cavidades nasais (maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais). Quando esta infecção ou comprometimento persiste, e resiste aos tratamentos clínicos, é considerada crônica, e pode-se indicar o tratamento cirúrgico.

Pólipo nasal é uma massa, gelatinosa ou fibrosa, que se desenvolve na cavidade nasal ou nos seios paranasais, podendo ser único ou múltiplo. Sua causa ainda não está bem estabelecida, podendo eventualmente estar associado a quadro alérgico.

Tais cirurgias incluem várias indicações e diferentes técnicas: via externa (acesso direto) ou via endonasal, com uso de microscópio ou mais frequentemente com uso de endoscópio.

- **Principais Complicações:** **Dor:** é comum no pós-operatório e, geralmente, de fácil controle. **Hemorragia (sangramento):** representa um risco importante nestas cirurgias. Os casos mais sérios podem necessitar de transfusão sanguínea e até reintervenção cirúrgica. Hemorragias fulminantes são raras. **Fístula liquórica:** é relativamente rara, mas pode ocorrer, necessitando de nova intervenção cirúrgica para o seu fechamento. **Meningite:** é rara, mas pode ocorrer se as meninges forem atingidas ou expostas. **Abscesso cerebral, extra-dural e trombose dos seios cavernosos:** são raros, mas podem ocorrer, sendo extremamente graves. **Osteomielite:** a osteomielite dos ossos em torno das cavidades nasais, com o advento da antibioticoterapia, tornou-se mais rara. **Complicações orbitárias:** são raras, mas que podem levar à celulite orbitária, abscesso orbitário e à paresia ou paralisia de músculos do olho, neurite, cegueira, meningite e tromboflebite dos seios cavernosos. **Olfato:** geralmente o olfato fica reduzido na presença da polipose nasal e, após a cirurgia, na maioria das vezes, melhora. Em alguns casos, pode haver piora ou perda total. **Recidiva:** alguns tipos de polipose nasal recidivam em meses ou anos. Outros processos nasais e sinusais recidivam mais raramente.

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, 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.



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)
POLIPECTOMIA E SINUSECTOMIA**

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: _____