

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.023			
Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Otoplastia			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "OTOPLASTIA" por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A cirurgia é realizada através de uma incisão atrás da orelha. A correção dos desvios de proporção ocorre através de remoção de porções variadas de cartilagem da orelha e suturas para remodelamento. As técnicas que serão utilizadas no procedimento estão de acordo com a literatura médica científica, com eficácia comprovada e divulgada em encontros de atualização científica da especialidade.

Ao final do procedimento, são posicionadas faixas cirúrgicas e gazes ao redor da cabeça para reduzir a formação de edema. Geralmente o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente há necessidade de internação de mais de um dia.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

A Otoplastia é uma cirurgia para harmonização estética das orelhas, amenizando erros de simetria e deformidades adquiridas ao nascimento, por traumatismos ou mesmo devido ao desenvolvimento corporal.

COMPLICAÇÕES:

1. Necessidade de reoperação: Apesar de bons resultados serem esperados, toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de retoques ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado. Infecção, abscesso e hematoma da cartilagem da orelha: Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e anti bióticos. Em algumas ocasiões pode levar a necrose (perda) de estruturas o que leva a deformidades permanentes.
2. Podem ser necessárias novas cirurgias, geralmente com resultados estéticos limitados.
3. Cicatrizes permanentes e formação de queloides: Poderá haver a formação de uma cicatrização permanente devido a remodelação de pele e cartilagem após o procedimento. Cicatrizes hipertróficas, conhecidas como queloides também podem ocorrer a depender das características de cada indivíduo.
4. Alergia a fios e materiais: Embora incomum, pode ocorrer mesmo em pacientes sem história de alergia prévia. Pode ser necessário novo procedimento cirúrgico para a retirada do material que causou a alergia.

Infecção relacionadas à assistência em saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.023			
Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Otoplastia			

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declaro estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declaro estar ciente sobre a reprodução e utilização de imagens pessoais para fins técnico-científicos e de estudos, dessa forma:

Autorizo a sua reprodução e utilização para este fim.

Não autorizo a sua reprodução e utilização para este fim.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

RG: _____

CPF: _____

Md _____

CRM _____

CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.