


QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.023		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	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:


- 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.
- Podem ser necessárias novas cirurgias, geralmente com resultados estéticos limitados.
- 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.
- 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.

**INFECÇÕES 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 com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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).

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.023		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Otoplastia		

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara 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).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

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 \_\_\_\_\_

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.