

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037
TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.031	
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sinusotomia	

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 "**SINUSOTOMIA**" 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:

As sinusotomias consistem em procedimentos cirúrgicos para grande parte das doenças relacionadas aos seios da face, principalmente nos processos inflamatórios e infecciosos crônicos. No entanto, sabe-se que estes procedimentos muitas vezes não têm o caráter curativo, mas têm importante papel na melhora clínica, no controle dos sintomas e das crises da doença. A cirurgia é realizada através dos orifícios naturais, as narinas, com o uso de câmeras. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. A região dos seios da face é complexa. Está próxima aos olhos e à meninge (membrana que recobre o cérebro), é sujeita a variações na anatomia, conta com a presença de artérias e veias importantes e possui pontos de difícil acesso. Apesar dos exames de imagem auxiliarem bastante a programação cirúrgica, é muito difícil prever exatamente quais alterações serão encontradas no nariz. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia.

A alta hospitalar pode acontecer no mesmo dia ou no dia seguinte ao procedimento na maioria dos casos.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

Os seios da face são cavidades ósseas que ficam adjacentes à cavidade nasal. Ao todo, são quatro os pares de seios presentes no crânio: maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais.

A função primordial destas estruturas é contribuir com as fossas nasais para o aquecimento, umidificação e filtração do ar que respiramos, sendo importante também na função de ressonância da voz.

As sinusites são infecções dessas estruturas, que podem vir a precisar de um tratamento cirúrgico nos casos em que a infecção fica crônica (não melhora totalmente com os tratamentos medicamentosos), recorrente (melhora, mas volta a acontecer várias vezes) ou quando há outras doenças como alterações da anatomia dos seios paranasais, presença de pólipos nasais, fungos, cistos benignos infeccionados (mucoceles) e tumores benignos, entre outras. A presença destas alterações pode ser evidenciada em exames de imagem como a Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. A cirurgia para os seios paranasais - SINUSOTOMIA - visa a abertura de seus óstios naturais (locais de drenagem), permitindo a ventilação e limpeza adequada dos seios.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias: Sangramentos em grande volume são raros, mas podem acontecer. Nesses casos pode ser necessária uma reintervenção cirúrgica e mais raramente transfusões sanguíneas.
2. Fístula líquórica: É a saída do líquido que recobre o cérebro através do nariz. É uma complicação rara, mas, se ocorrer, pode ser necessária uma nova intervenção cirúrgica para sua correção.
3. Meningite: É rara, mas pode ocorrer nos casos em que a meninge é atingida ou exposta.
4. Abscesso craniano e trombose de seios cavernosos: São complicações infecciosas extremamente raras, e também têm sua ocorrência relacionada à exposição meníngea durante a cirurgia. Em ocorrendo, são quadros muito graves, com risco de sequelas neurológicas e óbito.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.031		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sinusotomia		

5. Complicações oculares/visuais: São complicações raras. Existe o risco de a órbita (caixa óssea que contém os olhos) ser atingida durante a cirurgia, pois ela e os seios da face são separados por um osso muito fino, a lâmina papirácea. Quando isso ocorre, podem aparecer vermelhidão e inchaço nas pálpebras e nos olhos, geralmente com melhora com tratamento clínico. Paralisia dos músculos do olho, infecção no nervo do olho ou perda visual são complicações extremamente raras.

6. Perda do olfato: Geralmente, o olfato fica reduzido na presença de sinusites crônicas. Raramente ocorre diminuição ou perda do olfato.

7. Necessidade de reoperação: Pode ser necessária reoperação para casos de recidiva da doença ou para correção de alterações decorrentes do procedimento e/ou da cicatrização. Diversas doenças dos seios da face têm caráter recidivante.

8. Complicações da anestesia geral: São muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias. Devem ser esclarecidas com o médico anestesiológico.

Infecção relacionada 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.

Declaro 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).

Declaro, 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).

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.031		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sinusotomia		

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.