

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

CIRURGIA TRAUMA FACIAL

Paciente

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Registro Hospitalar: _____
RG: _____

Representante legal

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Parentesco: _____
RG: _____

Declaro que:

O doutor _____ me explicou e eu entendi
que devo me submeter a:

Nome do Procedimento:

Cirurgia trauma facial (reconstrução de fraturas na face decorrente de traumatismo facial)

Descrição Técnica do Procedimento:

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadora de fratura facial após traumatismo.

A cirurgia é realizada com incisão intraoral (dentro da boca) ou externa, dependendo aonde foi a fratura e a proporção do traumatismo para o paciente.

Faz-se a correção da fratura e, se necessário, usa o bloqueio maxilo-mandibular (bloqueio entre os dentes superiores e inferiores para fechar a boca do paciente para melhor estabilização e fixação da fratura.

Descrição dos Insucessos:

Pode haver insucesso quando outras causas estão associadas ao problema. O acompanhamento pós-operatório com fonoaudióloga e dentista é essencial para o sucesso.

Descrição de Complicações do Ato Operatório:

Hematoma

Pode ocorrer acúmulo de sangue no local cirúrgico.

Paresia mandibular

O nervo mandibular tem trajeto no meio da mandíbula, podendo ter certa perda de sensibilidade da pele e tecidos dessa região por algum tempo.

Paresia do infra-orbital

Por manipulação da maxila, pode haver paresia do nervo infra-orbital, que da sensibilidade ao terço médio facial.

Infecção e deiscência de sutura

Pode ocorrer infecção no sítio cirúrgico, levando a deiscência (abertura) da mesma.

Descrição da Anestesia:

Foi-me explicado, e eu entendi que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, que será GERAL e que me submeterei a uma avaliação prévia com médico anestesiologista.

Descrição do Estudo Fotográfico Computadorizado:

Declaro estar ciente que como programação da cirurgia é necessário o estudo fotográfico computadorizado, sendo retiradas fotos em várias posições e feita uma projeção do resultado cirúrgico. Esse resultado é apenas uma previsão e não deve ser considerada uma promessa de resultado. Autorizo a realização e utilização das fotos para fins científicos, em educação do paciente e publicidade médica (publicação em revistas médicas e livros).

Condições Imprevisíveis:

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Declaro e confirmo que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento cirúrgico proposto.

Estou ciente que caso eu recuse a me submeter ao tratamento proposto continuarei recebendo os tratamentos alternativos possíveis para meu caso.

Declaro, também, ciência de que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento, o que, caso deseje, farei neste mesmo documento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a **cirurgia de trauma facial** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico e, voluntária e espontaneamente, autorizo a sua realização.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi todo o seu conteúdo.

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Cidade: _____, ____ / ____ / ____

Revogação de Consentimento:

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

Assinatura do Paciente