

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO REDUÇÃO DE FRATURA DE NARIZ

### 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:

Redução de fratura de nariz.

### Descrição Técnica do Procedimento:

A função do nariz é conduzir o ar, tornando-o mais puro, úmido e aquecido e possibilitar que a pessoa perceba os cheiros. A função estética também é muito importante para a auto-estima e inserção do indivíduo na sociedade.

A redução da fratura de nariz é realizada para a melhoria estética e funcional do nariz. Na grande maioria das vezes, o resultado estético é satisfatório e a função nasal é restaurada.

Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis elétricos, eletrônicos, endoscópios, microscópio e laser. Em geral, a cirurgia é realizada por dentro do nariz, sem cortes externos. O uso de um tampão (curativo) no nariz após a cirurgia pode ser necessário em alguns casos para evitar sangramento.

Utiliza-se um curativo externo por 7 dias. Hematoma e inchaço do rosto são normais e regredem em 7 a 15 dias.

### Descrição dos Insucessos:

Em cerca de 10% (1 em cada 10) das cirurgias é necessário uma cirurgia revisional para corrigir alguma pequena alteração que esteja causando insatisfação ao médico ou ao paciente.

### Descrição das Alternativas:

Esta cirurgia é indicada nos casos em que não melhoraram com tratamento clínico.

### Descrição de Complicações do Ato Operatório:

#### Hemorragia

Nas primeiras 12 horas é comum haver algum sangramento (mesmo com tamponamento), e que em geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, ligadura de vasos e até transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito raro.

#### Infecção

Raramente ocorre, sendo controlada com curativos e uso de antibióticos.

#### Abscesso do septo nasal e hematoma

Abscesso é o acúmulo de pus e hematoma é o acúmulo de sangue. Podem ocorrer em raros casos e exigir drenagem cirúrgica.

#### Perfuração do septo nasal

É rara, podendo necessitar de reparo cirúrgico.

#### Aderências

Podem ocorrer no interior do nariz. São desfeitas com curativos e raramente exigem outra intervenção cirúrgica.

### **Sinusite**

É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos.

### **Hematoma de face, lábio superior e do céu-da-boca**

É raro e cede em poucos dias.

### **Descrição da Anestesia:**

Foi-me explicado, e eu entendi, que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia e que me submeterei a uma avaliação prévia com médico anestesiológico para definição da melhor técnica para o meu caso.

### **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 **redução de fratura de nariz** 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