



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**  
Indicado e recomendado pela  
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia  
e Cirurgia Cérvico-Facial

TCC/ABORL-CCF/Nº9

**UVULOPALATOFARINGOPLAS**

Por este instrumento particular o(a) paciente \_\_\_\_\_, 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(à) médico(a), assistente, Dr.(a) **LUCIO ALMEIDA CASTAGNO** inscrito(a) no CRM - RS sob o nº **12426** para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**Uvulopalatofaringoplastia**", 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(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9.º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de "**Uvulopalatofaringoplastia**" antes apontado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**Princípios e Indicações:**

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na via aérea alta (excesso de úvula e de palato mole com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas) e pode ser associada à outros procedimentos nasais, da boca e da faringe. As queixas mais freqüentes são roncos, acordar à noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações no batimento cardíaco), alterações da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração. As indicações cirúrgicas são **absolutas** quando existem apnéias noturnas (parada respiratória de 10 segundos ou mais) repetitivas durante o sono, as quais, em casos extremos, podem ameaçar a vida do paciente. As indicações são **relativas** quando as apnéias não são tão severas ou quando o ronco passa a dificultar o convívio com outras pessoas. Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis e equipamentos especiais e laser.

**Após a cirurgia poderão ocorrer:**

- FEBRE E DOR - Febre e dores de garganta muito acentuadas (exigindo analgésicos potentes), dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, e cedem em 10 a 20 dias.
- MAU-HÁLITO - É comum ocorrer, e cede entre 10 e 20 dias.
- VÔMITOS - Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue.
- HEMORRAGIA - Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais freqüente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.
- DIFICULDADE RESPIRATÓRIA - Pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada, e em casos graves, pode exigir a realização de traqueotomia.
- INFECÇÃO - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, regride sem antibióticos.
- VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS - Podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente.
- PERSISTÊNCIA DAS QUEIXAS - Pode ocorrer (não é o comum) quando existe associação de causas centrais ou outras causas periféricas (excesso de base de língua, anomalias de mandíbula, dentre outras), ou quando a ressecção foi mais econômica do que o caso requeria. Isto ocorre porque o cirurgião normalmente tem dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar destas estruturas excedentes. Nesses casos é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção, embora sabendo que tal prudência poderá levar à nova cirurgia, alguns meses depois.
- COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL - Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anestesiolista.

Declara, ainda, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a) e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-se respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), 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(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

**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.**

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente

Assinatura do(a) Médico(a)

**Para pacientes menores, que tenham responsáveis legais ou não possam assinar esta autorização.**

Qualificação (profissão) \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Identidade RG \_\_\_\_\_

Qualificação (profissão) \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco ou relação \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Identidade RG: **4002945519**  
Nº de Inscrição no CRM: **12426- RS**

Código de Ética Médica - Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.



**Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**

Av. Indianópolis, 740 • Moema • 04062-001 • São Paulo • SP

Tel (11) 5052-9515 • Fax (11) 5052-1025

[www.aborlccf.org.br](http://www.aborlccf.org.br) • recepção@aborlccf.org.br