

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

CIRURGIA ORTOGNÁTICA

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 ortognática

Descrição Técnica do Procedimento:

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadora de alterações na mordida, podendo ser tanto por alteração na maxila quanto na mandíbula, ou em ambos. Também está indicada para pacientes com apnéia do sono grave.

A cirurgia é realizada com incisão intra-oral (dentro da boca), podendo ocasionalmente ser realizado incisão externa. Realiza-se a correção da patologia e alinham-se os dois ossos (maxila e mandíbula), para uma correta mordida.

Em raros casos pode ser necessário o uso do bloqueio maxilo-mandibular (deixar a boca fechada por meio de fios de aço).

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 das Alternativas:

O tratamento clínico (aparelhos ortodônticos) é geralmente indicado antes da cirurgia e na grande maioria das vezes deve ser continuado após a cirurgia.

Descrição de Complicações do Ato Operatório:

Hematoma

Pode ocorrer acúmulo de sangue no local cirúrgico.

Hipoestesia (dormência)

Os nervos que dão a sensibilidade para o rosto passam dentro dos ossos da face. Portanto, pode haver diminuição da sensibilidade (dormência) da pele na região do queixo, bochechas e lábios. Na grande maioria, essa dormência retorna em 6 meses.

Infecção e deiscência de sutura

Pode ocorrer infecção no sítio cirúrgico, levando a deiscência (abertura) da mesma. Em raros casos necessita revisão cirúrgica.

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 anesthesiologista.

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 ortognática** 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