

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

CIRURGIA DA ATM

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 da ATM (articulação têmporo-mandibular)

Descrição Técnica do Procedimento:

Esta cirurgia é indicada nas pessoas portadora de distúrbios da movimentação da mandíbula sobre a ATM, gerando desconfortos ao paciente como creptações, luxações recidivantes ou até incapacidade de movimento e abertura da boca.

A cirurgia é realizada com incisão em frente à orelha (geralmente), localizando a articulação acima citada e corrigindo as anomalias da articulação. Algumas vezes é necessário o uso de bloqueio maxilo-mandibular (colocação de elásticos ou fios de aço para manter a boca fechada) para auxiliar na correção da mesma.

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 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.

Paralisia Facial

O nervo facial tem uma relação anatômica com a ATM, podendo ter essa complicação nas manipulações do mesmo. Em geral, ocorre uma dificuldade transitória de fechamento do olho e de elevação da sobrancelha.

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 anestesiológico.

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 da ATM** 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