

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OTOPLASTIA

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:

Otoplastia (correção da orelha em abano).

Descrição Técnica do Procedimento:

Otoplastia é a cirurgia que visa à correção de anormalidades na estética do pavilhão auricular, sendo o mais freqüente a correção de orelha em abano. A cirurgia consiste na maioria dos casos na remoção de excesso de cartilagem e melhor definição da anatomia da orelha, aproximando-a da cabeça.

Descrição dos Insucessos:

Em raros casos tem que ser feito nova abordagem caso tenha ocorrido insatisfação pelo médico ou pelo paciente.

Descrição das Alternativas:

Esta cirurgia é indicada nos casos de deformidades em pavilhão auricular.

Descrição de Complicações do Ato Operatório:

Infecção da ferida operatória

Resolvidas com uso de antibióticos e curativos locais.

Má cicatrização

Principalmente em fumantes.

Hematoma em orelha

Pode ocorrer acúmulo de sangue no local da cirurgia, levando ao hematoma, que deve ser drenado cirurgicamente.

Edema

Pode ocorrer por um tempo maior devido a alteração da drenagem linfática a qual regride com drenagem linfática.

Assimetria

A diferença entre as duas orelhas pode ocorrer, porém em geral são discretas e raramente necessita correção cirúrgica.

Descrição da Anestesia:

Foi-me explicado, e eu entendi, que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter a uma anestesia LOCAL COM SEDAÇÃO sendo que devo realizar todos os exames solicitados pelo médico.

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 **otoplastia** 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