

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados à **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu cirurgião, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

- 1) **PROCEDIMENTO:** Cirurgia para correção de trauma facial, Deformidade dento-esquelética, Patologia maxilofacial ou Tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais.
- 2) **COMPLICAÇÕES/RISCOS:** alteração da mordida (temporária ou permanente); dificuldade de mastigação após a cirurgia; dificuldade de abertura e/ou movimentação bucal; mal estar após a cirurgia (dor, inchaço, febre, náuseas e vômitos); sangramentos com ou sem necessidade de transfusão; infecção ou abscesso que podem requerer outro procedimento cirúrgico (inclusive drenagem); infecção do material utilizado e/ou implantado durante o procedimento (podendo ocorrer a necessidade de nova cirurgia para a sua remoção); deformidade nasal e/ou dificuldade para respirar (no caso de cirurgias nasais); diplopia (ou seja, visão dupla, no caso de cirurgias próximas aos olhos); aparecimento de manchas roxas temporárias no local da cirurgia; reações alérgicas a medicamentos; sensação de anestesia, dormência ou formigamento dos lábios ou outras regiões da face (podendo ser temporária ou permanente); feridas nos lábios e na comissura labial (canto da boca); lesão do nervo facial (com perda temporária ou permanente dos movimentos faciais); assimetria facial (um lado do rosto ficar esteticamente diferente do outro permanentemente); presença de cicatrizes faciais permanentes; perda ou danos em dentes, próteses e restaurações bem como alterações na articulação da mandíbula (gerando dores e/ou limitações de movimentos, temporárias ou permanentes).

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial** e ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRO/CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, a equipe cirúrgica e eu, que a **Cirurgia Buco-Maxilo-Facial** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o cirurgião tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRO/CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta e escova de dente macia, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
 - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) Realizar a barba por completo no dia anterior à cirurgia
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÕES