

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PAROTIDECTOMIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, autorizo e consinto, de forma livre, **informada e voluntária**, o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**PAROTIDECTOMIA**”, que consiste na extirpação cirúrgica da glândula parótida, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

### **Declaro, ainda, que:**

1. Estou em plenas faculdades mentais, lúcido(a) e plenamente capaz de compreender as informações aqui contidas.
2. Fui informado(a), de forma clara e compreensível, sobre a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios esperados, alternativas possíveis, riscos e complicações inerentes, e também sobre as consequências da não realização do tratamento proposto. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e recebi respostas completas e satisfatórias da equipe médica.
3. Fui informado(a) de que cada organismo pode reagir de forma diferente ao procedimento e à anestesia, podendo ocorrer efeitos leves e transitórios, bem como complicações mais significativas, tais como: Hemorragia aguda que pode necessitar de transfusão sanguínea; transtornos cardiovasculares, tais como: arritmias cardíacas, choque hipovolêmico, parada cardiorespiratória e até mesmo risco de morte durante cirurgia complicações inerentes ao ato anestésico; queimaduras devidas ao uso do eletrocautério; cicatriz grande; lesão do nervo facial ou dos seus ramos podendo causar paralisia temporária ou definitiva, ocasionando paralisa dos músculos da face responsáveis pela mimica facial – fechar o olho, sorrir, franir a testa, mover os lábios, movimento de succão; recidiva de tumores; sudorese e rubor da face (Síndrome de Frey); hemorragia de ramos arteriais e venosos da área cirúrgica; seroma (coleção de líquido na área cirúrgica); infecção da ferida cirúrgica; cicatriz de aspecto inestético trombose das veias profundas das pernas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular isquêmico, arritmias cardíacas.
4. Estou ciente de que, apesar de todas as medidas de segurança e prevenção adotadas pelo hospital e pela equipe médica, o risco de infecção não pode ser totalmente eliminado, sendo inerente a qualquer procedimento cirúrgico.
5. Compreendo que, durante o procedimento, podem ser identificadas situações não diagnosticadas previamente, bem como intercorrências imprevisíveis, cabendo à equipe médica adotar as medidas necessárias conforme seu julgamento técnico, com o objetivo de preservar minha saúde e segurança.
6. Estou ciente que o Hospital se resguarda no direito de **não coletar o consentimento dos pais ou responsáveis legais em caso de emergência**, prevalecendo o dever de socorro e o direito à vida do paciente sobre regras de consentimento e proteção de dados pessoais vigentes à época da ocorrência.
7. Declaro estar ciente de que **o tratamento adotado não garante a cura da enfermidade e que, diante da evolução do quadro clínico**, o médico poderá modificar as condutas inicialmente propostas, ficando desde já autorizado a adotar as providências que entender adequadas para a solução de eventuais complicações, conforme seu melhor critério profissional.
8. Fui informado(a) de que este consentimento é livre e **pode ser revogado a qualquer momento**, mediante manifestação expressa e por escrito, ciente de que a revogação poderá implicar na suspensão do tratamento e em possíveis consequências clínicas decorrentes dessa decisão.
9. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização do tratamento descrito.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura (paciente e/ou responsável)

---

Assinatura Médico

