



DR. DANIEL BRITTO
DR FELIPE MASSOTE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TIREOIDECTOMIA

CONSENTIMENTO INFORMADO:

POR ESTE INSTRUMENTO PARTICULAR OU SEU RESPONSÁVEL, SR.(A)

DECLARA, PARA TODOS OS FINS LEGAIS, QUE DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO AO MÉDICO RESPONSÁVEL E SUA EQUIPE, PARA EXECUTAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO DESIGNADO "TIREOIDECTOMIA (TOTAL OU PARCIAL)", E TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE O INCLUEM, INCLUSIVE ANESTESIA E OUTRAS CONDUTAS MÉDICAS QUE O TRATAMENTO POSSA REQUERER, PODENDO O REFERIDO PROFISSIONAL VALER-SE DO AUXÍLIO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

DECLARA, IGUALMENTE, QUE O REFERIDO MÉDICO, ATENDENDO AO DISPOSTO NO ART. 59 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E APÓS A APRESENTAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS, SUGERIU O TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO ANTERIORMENTE CITADO, DANDO INFORMAÇÕES DETALHADAS SOBRE O DIAGNÓSTICO E SOBRE OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NO TRATAMENTO SUGERIDO E AGORA AUTORIZADO.

DEFINIÇÃO: A CIRURGIA CONSISTE NA RETIRADA TOTAL OU PARCIAL DA TIREÓIDE.

COMPLICAÇÕES:

1. HEMORRAGIA - SANGRAMENTO
2. LESÃO DE NERVO LARÍNGEO INFERIOR- PARALISIA DE CORDA VOCAL UNI OU BILATERAL (DISFONIA/ROUQUIDÃO)
3. LESÃO DE NERVO LARÍNGEO SUPERIOR (ALTERAÇÃO DO TIMBRE DA VOZ / VOZ ENFRAQUECIDA)
4. HIPOPARATIREOIDISMO PERMANENTE OU TRANSITÓRIO – HIPOCALCEMIA / DIMINUIÇÃO DO CÁLCIO SANGUÍNEO (AMORTECIMENTOS/FORMIGAMENTOS, ALTERAÇÕES DO ESTADO MENTAL, TONTURAS E TETANIA (CONTRAÇÕES MUSCULARES EXCESSIVAS)
5. INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA
6. HEMATOMAS
7. HIPOTIREOIDISMO (GANHO DE PESO, CONSTIPAÇÃO, PELE ÚMIDA E FRIA, BRADICARDIA, SONOLÊNCIA, HIPOATIVIDADE FÍSICA E MENTAL)
8. RECIDIVA DA PATOLOGIA
9. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS (SISTEMA NERVOSO, DIGESTIVO, RESPIRATÓRIO, URINÁRIO, CARDIOCIRCULATÓRIO)
10. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA.
11. PULMONARES: ATELECTASIA, PNEUMONIA; EMBOLIA (EM GERAL MUITO GRAVE, PODENDO LEVAR A ÓBITO).
12. POSSIBILIDADE DE CICATRIZES COM FORMAÇÃO DE QUELÓIDES (CICATRIZ HIPERTRÓFICA-GROSSEIRA)
13. SANGRAMENTO COM NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO.
14. PRESENÇA DE TECIDO TIREOIDIANO RESIDUAL, NÃO IDENTIFICADO MACROSCOPICAMENTE

DECLARA, AINDA, TER LIDO AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDEU PERFEITAMENTE E ACEITOU, COMPROMISSANDO-SE RESPEITAR INTEGRALMENTE AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS PELO MÉDICO, ESTANDO CIENTE DE QUE SUA NÃO OBSERVÂNCIA PODERÁ ACARREJAR RISCOS E EFEITOS COLATERAIS A SI (OU AO PACIENTE).

DECLARA, IGUALMENTE, ESTAR CIENTE DE QUE COM O TRATAMENTO ADOTADO NÃO HÁ GARANTIA DE CURA, E QUE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO PODEM OBRIGAR O MÉDICO A MODIFICAR AS CONDUTAS INICIALMENTE PROPOSTAS, SENDO QUE, NESTE CASO, FICA O MESMO AUTORIZADO, DESDE JÁ, A TOMAR PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA TENTAR A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS SURTIDOS, SEGUNDO SEU JULGAMENTO.

FINALMENTE, DECLARA TER SIDO INFORMADO A RESPEITO DE MÉTODOS TERAPÊUTICOS ALTERNATIVOS E ESTAR ATENDIDO EM SUAS DÚVIDAS E QUESTÕES, ATRAVÉS DE LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL.

ASSIM, TENDO LIDO, ENTENDIDO E ACEITO AS EXPLICAÇÕES SOBRE AS VANTAGENS, OS RISCOS E COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS DESTA PROCEDIMENTO, EXPRESSA SEU PLENO CONSENTIMENTO PARA A SUA REALIZAÇÃO.

MÉDICO RESPONSÁVEL

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA