

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMIGDALECTOMIA COM OU SEM
ADENOIDECTOMIA**

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Tipo do procedimento:

- ☐ Amigdalectomia isolada (sem adenoidectomia)
☐ Adenoamigdalectomia (amigdalectomia associada à adenoidectomia)

As amígdalas ou tonsilas palatinas, assim como as vegetações adenóides, são estruturas imunologicamente ativas que participam da defesa do trato aerodigestivo superior. Foi-me esclarecido que essas estruturas podem sofrer hipertrofia (aumento de volume) ou infecções repetidas, o que pode comprometer sua função e causar obstrução das vias respiratórias ou digestivas, trazendo prejuízos à respiração, alimentação e ao desenvolvimento geral.

Fui informado(a) de que a cirurgia é indicada de forma absoluta nos casos de hipertrofia importante com obstrução das vias aéreas ou digestivas, manifestada por respiração bucal persistente, engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo ganho de peso, crises infecciosas intensas ou repetidas, bem como na suspeita ou presença de tumores. As indicações relativas incluem adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de foco infeccioso à distância, associação com convulsões febris, halitose (mau hálito), deformidades orofaciais já existentes ou com tendência a ocorrer, além de, mais raramente, sinusites e otites de repetição, incluindo otite média secretora.

Fui esclarecido(a) de que existem diferentes técnicas e instrumentos que podem ser utilizados para a realização do procedimento cirúrgico, incluindo métodos convencionais (pinças, bisturi e tesoura), bisturi elétrico ou eletrônico, laser, bem como o uso de fontes de luz, lupas ou microscópio, ficando a escolha a critério da equipe médica responsável.

Também fui devidamente informado(a) sobre os possíveis eventos e complicações no período pós-operatório. Podem ocorrer febre, dor de garganta e dor referida ao ouvido, geralmente transitórias, com duração média de 3 a 10 dias, sendo tratadas com medicação adequada. É

comum a presença de mau hálito, que tende a desaparecer em até 7 a 14 dias. Vômitos podem ocorrer, especialmente no dia da cirurgia, podendo conter pequeno volume de sangue deglutido.

A hemorragia foi esclarecida como a complicação mais relevante do procedimento, podendo ocorrer até cerca de dez dias após a cirurgia. Na maioria das vezes é de pequeno volume, porém, raramente, pode ser mais intensa, exigindo reinternação hospitalar, nova intervenção cirúrgica sob anestesia geral e, eventualmente, transfusão sanguínea. Foi-me informado(a) que a ocorrência de óbito por hemorragia é extremamente rara.

Há ainda possibilidade de infecção na região operada, geralmente relacionada a bactérias da própria faringe, que costuma regredir espontaneamente. Alterações temporárias da voz, como voz anasalada, e refluxo de líquidos pelo nariz podem ocorrer nos primeiros dias após a cirurgia, com resolução espontânea. Existe também o risco de recidiva, considerada rara, podendo ocorrer especialmente em crianças alérgicas, com surgimento de pequenos brotos de tecido linfóide na área operada.

Fui informado(a) sobre os riscos inerentes à anestesia geral, que são raros, porém possíveis, e que tais riscos poderão ser esclarecidos detalhadamente pela equipe de anestesia.

Declaro que recebi informações claras e suficientes sobre o diagnóstico, as alternativas terapêuticas existentes e o procedimento cirúrgico proposto, bem como sobre a necessidade de seguir rigorosamente todas as orientações médicas fornecidas, ciente de que o seu descumprimento pode acarretar riscos adicionais ou complicações.

Estou ciente de que nenhum tratamento médico ou cirúrgico oferece garantia absoluta de cura e de que a evolução clínica poderá exigir ajustes nas condutas inicialmente planejadas, conforme o julgamento profissional do(a) médico(a) assistente. Autorizo a realização do procedimento proposto e de todas as medidas complementares que se fizerem necessárias, inclusive anestesia e outras condutas médicas, podendo a equipe responsável contar com o auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, compreendi as informações prestadas e, de forma livre e consciente, concordo e consinto com a realização do procedimento proposto.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico