

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MICROCIRURGIA OTOLÓGICA

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

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaro que fui devidamente informado(a) de que sou portador(a) de doença ou alteração no ouvido, tais como perfuração da membrana timpânica, otite média crônica, otosclerose, colesteatoma, alterações dos ossículos da audição ou outras patologias do ouvido médio ou interno, para as quais foi indicada a realização de microcirurgia otológica. O objetivo do procedimento é tratar a doença identificada, com a finalidade de recuperar ou melhorar a audição, controlar ou erradicar infecções, corrigir alterações anatômicas e prevenir complicações potencialmente graves.

A microcirurgia otológica consiste em procedimento cirúrgico realizado sob anestesia geral ou, em situações específicas, sob anestesia local associada à sedação, com o auxílio de microscópio cirúrgico e instrumentos de alta precisão. Dependendo do diagnóstico e dos achados intraoperatórios, o procedimento poderá incluir timpanoplastia (reconstrução da membrana timpânica), ossiculoplastia (reparo ou substituição dos ossículos da audição), mastoidectomia (remoção de tecido doente da mastoide), estapedectomia ou estapedotomia (para tratamento da otosclerose) e/ou retirada de colesteatoma. Poderá ser necessária incisão na região retroauricular ou no interior do conduto auditivo externo.

Os benefícios esperados incluem a melhora ou estabilização da audição, o controle ou resolução de processos infecciosos, a correção de alterações estruturais do ouvido e a redução do risco de complicações mais graves, como infecções intracranianas, meningite, abscessos ou paralisia facial. Fui esclarecido(a), contudo, de que os resultados podem variar conforme o tipo e a gravidade da doença, bem como as características individuais de cada paciente.

Fui informado(a) de que, apesar de todos os cuidados técnicos e das boas práticas médicas, o procedimento envolve riscos, que podem incluir sangramento, infecção local, tontura ou vertigem transitória ou persistente, zumbido, alterações do paladar, perfuração residual da membrana timpânica, piora parcial ou total da audição, lesão do nervo facial com possibilidade de paralisia facial temporária ou permanente, bem como a necessidade de nova intervenção cirúrgica. Complicações raras e imprevisíveis também podem ocorrer.

Foram-me apresentadas alternativas ao tratamento cirúrgico, que podem incluir tratamento clínico com medicamentos e acompanhamento médico, uso de aparelhos auditivos ou apenas observação da evolução da doença. Estou ciente de que a não realização da cirurgia pode resultar na progressão da doença, agravamento da audição ou surgimento de complicações.

Fui orientado(a) quanto aos cuidados após a cirurgia, incluindo a necessidade de manter o ouvido operado seco até liberação médica, evitar esforços físicos intensos no período inicial de recuperação, não assoar o nariz com força, utilizar corretamente as medicações prescritas e comparecer às consultas de acompanhamento.

Declaro que recebi informações claras, compreensíveis e suficientes sobre o diagnóstico, a indicação do procedimento, sua execução, benefícios esperados, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas. Fui esclarecido(a) de que não há garantia de resultados e tive a oportunidade de sanar todas as minhas dúvidas. Assim, de forma livre e consciente, autorizo a realização da microcirurgia otológica, bem como a adoção de eventuais condutas adicionais que se façam necessárias durante o ato cirúrgico para minha segurança e melhor desfecho clínico.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

