

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

REFORÇO DA JANELA REDONDA PARA TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR

De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis conseqüências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

Princípios e Indicações:

A obliteração da janela redonda é uma técnica cirúrgica alternativa para a melhora dos sintomas provocados pela Síndrome da Deiscência do Canal Semicircular superior. De acordo com os estudos de Silverstein H et al (Ojo R, Daugherty J, Nazarian R, Wazen J. Minimally Invasive Surgery for the Treatment of Hyperacusis. Otol Neurotol. 2016 Dec;37(10):1482-1488) pode ocorrer benefício através da obliteração das janelas nesses pacientes com sintomas incapacitantes e que não desejam realizar a abordagem convencional através da obliteração direta do canal semicircular superior por uma craniotomia de fossa média.

Portanto, o paciente reconhece que é uma técnica cirúrgica alternativa à cirurgia convencional e que não é possível garantir resultado esperado de melhora dos sintomas vestibulares.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

TONTURA É comum nos primeiros dias de pós-operatório, raramente prolongando-se por mais de uma semana.

DISTÚRBO DO PALADAR E BOCA SECA Não é raro ocorrer, por semanas após a cirurgia. Habitualmente limita-se a metade da língua do lado operado. Em alguns casos este distúrbio poderá ser prolongado pelo manuseio ou secção do nervo corda do tímpano, havendo em geral gradual compensação.

PERDA DA AUDIÇÃO A redução ou perda da audição, após uma timpanotomia exploratória ou ocorre com muita raridade, mas pode ocorrer por fibrose e cicatrização anormal, ou irritação do ouvido interno.

PERFURAÇÃO TIMPÂNICA Poderá ocorrer em alguns casos devido à infecção ou trauma. Geralmente fecha-se espontaneamente ou através de outra cirurgia (timpanoplastia).

PARALISIA FACIAL É uma complicação rara e temporária. Poderá ocorrer como resultado de exposição, anormalidade ou edema do nervo facial. A paralisia definitiva nesta cirurgia é muito rara.

COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anesthesiologista.

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter me a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Estou também ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Reconheço ter sido informado sobre a possibilidade de tratamentos opcionais.

Nome do Médico: JOEL LAVINSKY

CRM nº: 31911 RS da realização do procedimento: ____/____/____

Considero igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, tomando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo a minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter me ao procedimento ora proposto.

Cidade: _____ Estado: _____ Data: _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente: _____

Qualificação (profissão): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

RG nº _____

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente:
