

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

GENTAMICINA INTRATIMPÂNICA.

Princípios e Indicações:

A GENTAMICINA INTRATIMPÂNICA é uma cirurgia realizada para tratar pacientes portadores de Doença de Meniere, após falhar os tratamentos clínicos. A cirurgia consiste em fazer uma pequena abertura no timpano (temporária), chamada timpanocentese para colocar um tubo de ventilação, pelo qual o remédio chamado gentamicina é colocado, e após um período é retirado, que vai em alguns casos resolver o quadro de vertigem, fatos já bem explicados pelo cirurgião, e declaro que entendi adequadamente.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

INFECÇÃO Infecção no ouvido, com drenagem de secreção, em raras ocasiões, timpano não fecha espontaneamente, tendo que realizar um procedimento adicional de fechamento chamado timpanoplastia.

PERDA DA AUDIÇÃO Em uma parte dos pacientes operados a audição pode sofrer prejuízos. Raramente esta perda poderá ser severa.

TONTURA Poderá ocorrer de forma transitória

Nome do Paciente:

RG nº : _____

Representante Legal: _____

Nome do Médico: JOEL LAVINSKY

CRM nº: 31911 RS

Data da realização do procedimento: ____/____/____

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.

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 submeterme ao procedimento ora proposto.

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

Assinatura do Paciente:

Qualificação (profissão):

Endereço:

Cidade: _____

UF _____

RG nº _____

Assinatura do(a) Médico(a):

Qualificação (profissão):
