



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**  
**Indicado e recomendado pela**  
**Associação Brasileira de Otorrinolaringologia**  
**e Cirurgia Cérvico-Facial**

**TCC/ABORL-CCF/Nº 5**

**ADENOIDECTOMIA**

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de **ADENOIDECTOMIA** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências 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.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

RG nº : \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: **DANIEL FERREIRA MONTALVO**

CRM nº: **37.039 - MG**

Data da realização do procedimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Princípios e Indicações:**

As vegetações adenóides são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade da mucosa de todo o trato aero-digestivo superior. Situam-se na parte alta da parede posterior da faringe, atrás das fossas nasais, e sua função pode estar comprometida por hipertrofia (aumento) exagerada ou infecções repetidas.

As adenóides normalmente crescem até os 5 anos, após o que regridem lentamente até os 14 a 20 anos, raramente persistindo hipertrofia após esta idade.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** em casos de obstrução grave das vias aéreas, com respiração bucal permanente e prejuízo da oxigenação, podendo evoluir para síndrome da apnéia obstrutiva do sono (parada respiratória de 10 a 15 segundos ou mais), cor pulmonale (dilatação das câmaras direitas do coração pelo esforço respiratório e até parada cardio-respiratória).

As indicações cirúrgicas **relativas** em crianças com otites médias de repetição, sinusites de repetição, otite secretora, geralmente com redução da audição, e na deformidades orofaciais (que existam ou que tendam a ocorrer - para sua prevenção).

**Após a cirurgia poderão ocorrer:**

**FEBRE E DOR** - Febre e dores de garganta ou dor referida na área do ouvido são raras e não devem ser causa de inquietação.

**MAU-HÁLITO** - É possível ocorrer, e cede em poucos dias.

**VÔMITOS** - Podem ocorrer alguma vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue.

**HEMORRAGIA** - Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após o ato cirúrgico, sendo mais freqüente em menor volume, e mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reinternação cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sangüínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

**INFECÇÃO** - Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos.

**VOZ ANASALADA E REFLUXO DE LÍQUIDOS** - Podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente ou então permanecer por longos períodos e eventualmente necessitando de tratamento fonoaudiológico ou até uma nova cirurgia para correção do problema.

**RECIDIVA** - É possível, quanto mais jovem ou alérgica for a criança, podendo ser necessária reintervenção.

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

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 a 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 submeter-me ao procedimento ora proposto.

**Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**

Av. Indianópolis, 740 • Moema • 04062-001 • São Paulo • SP

Tel (11) 5053-7500 • Fax (11) 5053-7512

[www.aborlccf.org.br](http://www.aborlccf.org.br) • [recepcao@aborlccf.org.br](mailto:recepcao@aborlccf.org.br)



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**  
Indicado e recomendado pela  
**Associação Brasileira de Otorrinolaringologia**  
e Cirurgia Cérvico-Facial

**TCC/ABORL-CCF/Nº 5**

**ADENOIDECTOMIA**

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Qualificação (profissão): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_

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

Qualificação (profissão): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Qualificação (profissão): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

RG nº: **MG-10030694**

CRM nº: **37.039- MG**

**Nota 1: Artigo 34º** do Código de Ética Médica e no art. 9.º da Lei 8.078/90 – É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**

Av. Indianópolis, 740 • Moema • 04062-001 • São Paulo • SP

Tel (11) 5053-7500 • Fax (11) 5053-7512

[www.aborlccf.org.br](http://www.aborlccf.org.br) • [recepcao@aborlccf.org.br](mailto:recepcao@aborlccf.org.br)