

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRATURA DE ORBITA

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	/ /
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**FRATURA DE ORBITA**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico- cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Fratura de órbita é a perda de continuidade, quase sempre traumática, dos ossos que envolvem a cavidade onde está contida o globo ocular (órbita).

O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) poderá ser feito por dentro da pálpebra (transconjuntival), por fora da pálpebra (transpalpebral), ao redor da órbita ou uma combinação destes. Poderá ser necessário a inserção de próteses (placas, parafusos, fios ou telas de aço ou titânio) para a correção da fratura de órbita. Geralmente estas próteses não serão retiradas após a cirurgia.

COMPLICAÇÕES:

1. Enoftalmia: recuo do globo ocular para dentro da órbita;
2. Exoftalmia: protusão ou avanço do globo ocular para fora da órbita;
3. Limitação dos movimentos do globo ocular: temporária ou definitiva;
4. Diplopia ou visão dupla: temporária ou definitiva;
5. Perda parcial ou total da visão (cegueira);
6. Hemorragia conjuntival: sangramento na mucosa que envolve o olho;
7. Assimetria ou deformidade facial em diferentes graus, dependendo da severidade da fratura;
8. Ectrópio: rotação externa da pálpebra ("pálpebra virada para fora");
9. Entrópio: rotação interna da pálpebra ("pálpebra virada paradentro");
10. Formação de cicatriz inestética ou quelóide na face.

CBHPM 3.03.02.06-4/ 3.03.02.07-2/3.02.07.19-3/ 3.02.07.02-9/ 3.03.02.12-9/ 3.02.07.01-0/
3.02.07.02-9/3.02.07.14-2/ 3.07.07.15-0/ 3.02.09.04-8

CID 10 - S023 S024 S05 S028 S058 S059 S027

Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%;
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%;
- Cirurgias contaminadas: até 17%.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.



GRUPOIMNE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO FRATURA DE ORBITA****Data:** Setembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____/____/____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. 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 lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.