

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 **“TRAUMATISMO DE BOCA”**, e todos os procedimentos que o 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. 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:** consiste na lesão de tecidos formadores dos lábios e da cavidade oral. Pode haver lesões nos lábios, dentes, língua, assoalho da boca, gengiva, palato, bochechas, vasos e nervos da boca. O tratamento destas lesões poderá envolver: debridamento de estruturas desvitalizadas ou necróticas, suturas intra e extra-orais, fixação temporária ou definitiva de dentes fraturados, exodontia (retirada de dentes), ligadura de vasos sangrantes, reconstrução de tecidos danificados, rotação de retalhos locais.

#### **COMPLICAÇÕES:**

1. Fratura de dentes;
2. Perda de dentes;
3. Dor dentária;
4. Deiscência de sutura (abertura de pontos) podendo haver exposição de tecidos profundos ou até mesmo ossos da face;
5. Cicatriz inestética ou quelóide na face ou nos lábios;
6. Dificuldade na mastigação e deglutição (disfagia) dependente do tipo de trauma;
7. Assimetria o deformidade facial em diferentes graus dependente do tipo de trauma

**CBHPM** – 3.02.07.12-4/ 3.01.01.52-2/ 3.01.01.78-6/ 3.02.00.00-8/ 3.02.01.08-0/ 3.02.01.09-8

**CID 10** - S015 S019 S025 S070 S099

#### **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.

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.

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

**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.