

 JUNTOS SOMOS+	TCLE A+A / TIMPANOTOMIA COM TUBO DE VENTILAÇÃO		CÓDIGO: FO.DT.007
			ELABORAÇÃO: 01/09/2025
			REVISÃO: 01/09/2027
			PÁGINA: 1 de 4

Paciente:	
Data de nascimento: ____/____/____	Prontuário:
Nome da mãe:	

DEFINIÇÃO:

As amígdalas (tonsilas palatinas) e as adenoides são órgãos que ficam na garganta, auxiliando a imunidade. Sua função pode estar comprometida e trazer problemas a saúde em casos de hipertrofia (aumento de tamanho) ou infecções repetidas. As principais indicações cirúrgicas são obstrução da via aérea respiratória (respiração bucal, roncos ou engasgos), síndrome da apnéia obstrutiva do sono, adenoamigdalites de repetições, abscesso periamigdaliano e amigdalite crônica caseosa. A remoção de amígdalas e adenoides não compromete a imunidade do paciente. A colocação de tubos de ventilação (drenos/carretéis) está indicada quando há presença e líquido (secreção) na orelha média, podendo determinar perda parcial da audição e sensação de plenitude (“ouvido cheio”). Está indicada também em alguns casos de otites de repetições.

A cirurgia é realizada com anestesia geral em centro cirúrgico. Todo procedimento anestésico é realizado por médico especializado (anestesiologista da equipe do hospital) e as funções vitais são continuamente monitorizadas. A cirurgia é realizada através da boca. Quando a adenoidectomia é realizada com auxílio de vídeo, é colocado um endoscópio pelo nariz ou pela boca. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. Em algumas situações, o cirurgião pode dar pontos nos locais em que as amígdalas foram retiradas ou fazer cauterização com o bisturi elétrico. A colocação de tubos de ventilação é feita através do canal do ouvido. É realizado um pequeno corte no tímpano onde será colocado o tubo. O tubo de ventilação costuma ficar de 6 meses a 1 ano no tímpano. Sua remoção não costuma ser necessária, ele é lenta e gradualmente expelido. Geralmente, o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia ou um dia após a cirurgia, podendo se estender a depender de seu estado clínico.

EFEITOS ADVERSOS DO TRATAMENTO:

- Dor: Dor na garganta e dor referida na área da orelha são frequentes nos primeiros dias após a cirurgia. Podem ser intensas no início ou em dias subsequentes após a cirurgia. Medicações via oral geralmente são suficientes para aliviar a dor. Pode ser necessária a reinternação para controle da dor.
- Mau hálito: É comum e cede em poucos dias.
- Vômitos: Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após e podem ser constituídos de sangue coagulado (escuro).
- Sangramento: Pode ocorrer a saída de sangue do nariz e em pequena quantidade nos primeiros dias após a cirurgia, geralmente com fácil controle.
- Obstrução nasal: É comum ocorrer, geralmente devido a inchaço no local operado ou pela presença de crostas no nariz. Costuma melhorar com lavagens nasais com solução fisiológica ou com limpezas feitas no consultório.
- Secreção no ouvido: Após entrada de água nas orelhas ou episódios de gripes ou infecções, pode ocorrer saída de secreção pelos tubos de ventilação, que pode ser tratada com aspirações e antibióticos.

RISCOS E COMPLICAÇÕES:

- Hemorragia (sangramento em grande quantidade): É complicação rara, mas que pode levar a reinternação, reabordagem cirúrgica e até transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é extremamente rara.
- Infecção: É muito rara. Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos. Entretanto, em casos muito raros, pode evoluir para abscessos e infecções sistêmicas, necessitando de antibioticoterapia e drenagem cirúrgica.
- Voz anasalada e refluxo de líquidos: Podem ocorrer nos primeiros dias. Em casos raros, pode ser persistente, necessitando de fonoterapia ou nova cirurgia (faringoplastia).
- Perda ou quebra de dentes: Embora rara, pode ocorrer lesão dentária ou queda de dentes pela colocação de abridor de boca utilizado na cirurgia, sendo mais comum nos “dentes de leite”.
- Crises de inflamação e infecção na faringe (faringites): Podem ocorrer nópós-operatório tardio e não têm correlação com a remoção de amígdalas e adenoides e sim com a predisposição pessoal de apresentar inflamação de tecido linfóide presente nas paredes faríngeas, geralmente decorrentes de infecções virais e alergias.
- Recidiva: A recidiva das adenoides é frequente, especialmente em crianças menores de 4 anos ou que sofrem de alergia, mas raramente requer nova cirurgia.

- Perda de audição: É muito rara, pode ocorrer por problemas com a cicatrização do tímpano no local onde foi colocado o tubo de ventilação.
- Permanência prolongada do tubo de ventilação: Raramente o tubo de ventilação permanece no tímpano por mais de 1 ano. Nestes casos pode ser necessária a retirada do tubo de ventilação no centro cirúrgico.
- Perfuração timpânica: Raramente após a saída do tubo de ventilação pode ocorrer uma perfuração do tímpano, que pode ser tratada com outra cirurgia (timpanoplastia).
- Crianças que apresentem outras comorbidades ou síndromes: Podem ter o risco aumentado de complicações como sangramento, complicações anestésicas, recidiva e obstrução da via aérea, portanto, em alguns casos pode ser recomendada a internação por tempo maior para observação e cuidados hospitalares, ou internação em UTI no pós-operatório.
- Alterações do paladar e/ou parestesia lingual: Pela compressão do abridor de boca por tempo prolongado ou por lesão direta do nervo lingual, durante a dissecação da loja amigdalina, essa alteração é rara e na maioria das vezes transitória.
- Complicações da anestesia geral: Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias. Devem ser esclarecidas com o anestesista.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

Pode ser uma cirurgia realizada na garganta, o principal cuidado é com alimentação. A refeição deve ser feita com calma, oferecendo-se pequenas porções para evitar dor e engasgos. Alimentos quentes e duros devem ser evitados nos primeiros dias após a cirurgia. É necessário também realizar a lavagem nasal com solução fisiológica. Deve-se ter o cuidado de restringir atividades devido ao risco de sangramento. Na primeira semana o esforço físico deve ser mínimo. Esportes, atividades mais intensas e viagens devem ser suspensas por tempo maior. Dependendo do tipo de tubo de ventilação, pode ser necessário evitar a entrada de água nos ouvidos.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico de adenoamigdalectomia + timpanotomia com colocação de tubo de ventilação** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da **SCMSP**;
2. Estou ciente que o **Tratamento Cirúrgico de adenoamigdalectomia + timpanotomia com colocação de tubo de ventilação** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;
5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;
7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao joelho não operado; que não há garantia de retorno ao mesmo nível de atividade esportiva praticado antes da lesão; e que os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;
8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas e fisioterápicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: falha do enxerto, instabilidade residual, rigidez articular, dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;
10. Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;
11. Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;
12. Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;
13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;
14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;
15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;
16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.
17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização da **cirurgia de adenoamigdalectomia com timpanotomia e colocação de tubo de ventilação**.

TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável

Grau de Parentesco: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

TESTEMUNHAS**1ª Testemunha**

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;

- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável
CPF: _____