

CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para o Dr. Fabio Guedes e/ou qualquer cirurgião Buco-Maxilo-Facial que esteja trabalhando com ele a realizar a Cirurgia Ortognática e reconstrução de mandíbula e côndilo(s) como me foi previamente explicada, ou outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada como a necessidade de retalhos miocutaneos e traqueostomia. Eu concordo também em me submeter a anestesia geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião Buco-Maxilo-Facial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de _____, o qual eu disse ser alérgica.

Eu fui informada e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão
- Desconforto e zumbido na articulação têmporo-mandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz (há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários);
- Perda de osso;
- Perda de dentes em decorrência da cirurgia ou por problemas pré-existentes ao procedimento cirúrgico (uso prolongado de aparelho ortodôntico, reabsorções radiculares de etiologias variadas, problema periodontal e mobilidade dentária)
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informada que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de



fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 10 horas antes da cirurgia.

Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhada a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperada dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações do Dr. Fabio Guedes e equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer falta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr. Fabio Guedes e equipe minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informada que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

Os honorários profissionais foram explicados e são satisfatórios, entendo que não há garantias quanto ao resultado e/ou cura.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOUVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

TESTEMUNHA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DR. FABIO GUEDES

DATA