

 JUNTOS SOMOS+	TCLE SEPTOPLASTIA E TURBINECTOMIA	CÓDIGO: FO.DT.005
		ELABORAÇÃO: 01/09/2025
		REVISÃO: 01/09/2027
		PÁGINA: 1 de 4

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

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

A função do nariz é conduzir o ar, purificá-lo, aquecê-lo e umidificá-lo, servir de câmara de ressonância para o som e possibilitar o olfato. O nariz é dividido ao meio (em duas narinas) por uma estrutura formada por osso e cartilagem chamada septo nasal. Na parte lateral das narinas há estruturas que regulam o fluxo nasal, chamadas cornetos nasais.

O corneto nasal inferior é o maior deles e o que mais apresenta variações de tamanho, sendo comumente corresponsável pela obstrução nasal.

Quando há obstrução nasal ("nariz entupido"), aumenta muito a perda de energia com a respiração, com prejuízo evidente para a saúde e para as funções acima citadas. Esta obstrução nasal pode ter como causa o desvio do septo nasal e o aumento (hipertrofia) dos cornetos nasais. Nos casos em que a doença é muito exacerbada (grandes desvios de septo ou grandes hipertrofias de cornetos nasais) ou quando não há melhora com o tratamento clínico, está indicada a correção cirúrgica. Alterações sinusais (sinusites) e dor de cabeça (cefaleia) também são motivos de indicação cirúrgica. Frequentemente, o desvio de septo está associado à presença de cornetos nasais inferiores aumentados e, nesses casos, é também indicada a redução cirúrgica do volume dos mesmos, por cauterização com bisturi elétrico (sem cortes ou remoção de fragmentos) ou turbinectomia (remoção parcial do corneto).

CIRURGIA

A cirurgia é realizada inteiramente através dos orifícios naturais, as narinas. Geralmente, faz-se uso de câmeras. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. Geralmente, o paciente pode ter alta hospitalar no mesmo dia. Raramente há necessidade de internação de mais de um dia.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

- 1.Dor:** É comum nos primeiros dias, normalmente em grau leve. Medicação via oral geralmente é o suficiente para aliviar a dor.
- 2.Vômitos:** Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após e podem ser constituídos de sangue coagulado (escuro).
- 3.Sangramento:** Pode ocorrer a saída de sangue do nariz em pequena a moderada quantidade nos primeiros dias após a cirurgia, geralmente com fácil controle.
- 4.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 e com limpezas feitas no consultório.
- 5.Crostas e odor fétido nasal:** Trata-se de efeito adverso comum que melhora com lavagens nasais com soro fisiológico e com limpezas feitas no consultório.
- 6.Sensação de formigamento em face, lábio e céu da boca:** Pode ocorrer em cirurgias nasais e, geralmente, cede em alguns dias.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

- 1. Hemorragia (sangramento em grande quantidade):** Apesar de rara, representa o maior risco desta cirurgia. Caso ocorra, os pacientes podem necessitar de tampão nasal temporário para evitar sangramentos após a cirurgia. Entretanto, em casos ainda mais raros, pode ocorrer sangramento persistente e volumoso, o qual poderá necessitar novo tamponamento, reabordagem cirúrgica e até transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é extremamente rara.
- 2. Infecção, abscesso e hematoma septal:** Raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e antibióticos. Em algumas ocasiões, podem levar a modificações na estética nasal.
- 3. Perfuração septal:** É rara e na maioria das vezes não causa problemas. Mas podem causar sintomas como ruído ao respirar ou sangramentos de repetição, sendo necessário reparo com nova cirurgia.
- 4. Sinéquias:** São aderências (cicatrizes) que podem ocorrer entre as paredes lateral e medial do nariz. Na maioria das vezes não causam sintomas e não requerem nenhum tratamento. Se houver sintomas, podem ser desfeitas com curativos no consultório ou com nova intervenção cirúrgica.
- 5. Recidiva dos desvios:** Em técnicas muito conservadoras, principalmente na ponta nasal para se evitar deformidades estéticas, a cartilagem poderá voltar parcialmente à posição ou forma anterior, por vezes necessitando nova cirurgia.

6. Recidiva da hipertrofia dos cornetos inferiores: Em casos de rinite alérgica intensa, o remanescente (que não foi retirado) dos cornetos nasais poderá crescer novamente, na maioria das vezes necessitando de tratamento medicamentoso e, em outras, de reintervenção cirúrgica. A recidiva da hipertrofia é mais comum nos casos em que se usa a técnica de cauterização com bisturi elétrico.

7. Crostas e odor fétido nasal persistentes: Raramente a formação de crostas e de odor fétido se torna crônica (sem prazo definido para resolução). Esses casos são geralmente devidos à remoção de grandes porções dos cornetos nasais, mas também podem ocorrer por uma retração cicatricial exagerada (redução do tamanho do corneto após a cirurgia). Não há tratamento definitivo e o paciente geralmente terá que realizar lavagem nasal permanente para alívio dos sintomas.

8. Sinusite: É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos. Em casos raros, pode-se necessitar de tratamento cirúrgico.

9. Modificações na estética nasal: Em raros casos, podem ser notadas modificações na estética nasal devido principalmente a desvios de septo nas áreas mais anteriores e altas (ponta e dorso do nariz). Geralmente, as modificações são pequenas, mas alguns casos podem necessitar de correções futuras (rinoplastia).

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O principal cuidado que o paciente necessita realizar é a lavagem nasal com solução fisiológica várias vezes ao dia na quantidade estipulada pelo seu otorrinolaringologista. A dieta e a mobilidade não se alteram, não há necessidade de cuidadores para as necessidades básicas. Deve-se ter o cuidado de restringir atividades físicas devido ao risco de sangramento. Geralmente, na primeira semana o esforço físico deve ser mínimo. Atividades mais intensas como academia e esportes devem ser retornadas apenas com liberação do cirurgião.

CONCLUSÃO

A septoplastia com turbinectomia é a principal forma de tratamento para correção da obstrução nasal causada por desvio de septo nasal e aumento de conchas nasais inferiores.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico da SEPTOPLASTIA e da TURBINECTOMIA** 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 SCMSSP;

2. Estou ciente que o **Tratamento Cirúrgico da SEPTOPLASTIA e da TURBINECTOMIA** 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 exigem 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 do **Tratamento Cirúrgico da SEPTOPLASTIA e da TURBINECTOMIA**.

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 Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____