



AUTORIZAÇÃO PARA ARTROSCOPIA

1. Eu, _____ autorizo o Dr. Fabio Guedes e sua equipe, a realizar cirurgia: **ARTROSCOPIA DA ATM BILATERAL** para reparar as condições indicadas pelos estudos diagnósticos e/ou avaliação já realizadas, as quais me foram explicadas.
2. Também autorizo o Dr. Fabio Guedes e sua equipe a fornecer serviços adicionais se ele julgar necessário e apropriado, incluindo entre outros, administração de agentes anestésicos, realização de procedimentos laboratoriais, exames de imagem, diagnósticos necessários, administração oral de medicamentos, injeção de medicamentos ou outro método de administração terapêuticamente aceita, a remoção de osso, cartilagem, tecidos e fluídos para propósitos diagnósticos e terapêuticos e a retenção ou liberação dos mesmos de acordo com as práticas de praxe. Se uma condição não prevista ocorrer no curso do tratamento, a qual requeira realização de procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente estabelecidos, eu autorizo o Dr. Fabio Guedes e sua equipe a fazer o que julgar necessário e apropriado nas circunstâncias, incluindo a decisão de não proceder ou interromper a realização da cirurgia.
3. As alternativas à cirurgia me foram explicadas, incluindo seus riscos:
4. Estou ciente de que a prática da cirurgia buco maxilo facial não é uma ciência exata, pois depende da capacidade de recuperação individual de cada paciente e do estágio da doença. Reconheço que não me foram dadas garantias em relação ao sucesso na minha cirurgia e do tratamento e procedimentos associados, apenas o emprego das técnicas corretas baseadas na literatura científica. Estou ciente que disfunção intra articular da ATM é um processo degenerativo e está associado a outros fatores de ordem local, sistêmica e psicológica e que dependendo do grau de degeneração da ATM, podem ser necessários outros procedimentos cirúrgicos no futuro como, artroplastia e/ou prótese articular. Também estou ciente de que o tratamento da disfunção da ATM é multidisciplinar, sendo necessário o correto uso da placa de mordida, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e medicação e, se estes forem negligenciados por mim, no pré e pós operatório, podem complicar os resultados da cirurgia.
5. O procedimento cirúrgico me foi explicado e eu reconheço a natureza da cirurgia e seus procedimentos. Como em qualquer procedimento cirúrgico existe possibilidade de complicações as quais me foram informadas. Elas são, dentre outras: **DOR, EDEMA, HEMATOMA, HEMORRAGIA, INFECÇÃO, DANOS AO OUVIDO COM DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO, PARESTESIA E PARALISIA DO NERVO FACIAL LEVANDO A DIFICULDADE DE FECHAR A PALPEBRA SUPERIOR E "FRANZIR A FRONTE,, VERTIGEM, CEFALÉIA, DISFUNÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS E FACIAIS, TRISMO, ALTERAÇÕES OCLUSAIS, DIFICULDADE DE FONACÃO E MASTIGAÇÃO, PIORA DO QUADRO PRÉVIO, NECESSIDADE DE OUTROS TRATAMENTOS.**
6. Estou ciente de que diante do diagnóstico: **ARTRITE/ARTROSE DE ATM** estabelecido pelo Dr. Fabio Guedes e sua equipe, que se nada for feito para corrigir minha condição atual, algumas das seguintes hipóteses, dentre outras, podem ocorrer: **AGRAVAMENTO DO PROCESSO DEGENERATIVO DA ATM LEVANDO A DEGENERAÇÃO DO DISCO ARTICULAR, REABSORÇÃO ÓSSEA DO CÔNDILO, ALTERAÇÃO DA OCLUSÃO COM MORDIDA ABERTA E RETROGNATISMO E/OU LATEROGNATISMO, DOR, INCAPACIDADE DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA E DE MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR.**
7. Fui informado que o uso de tabaco, álcool, drogas, açúcar, alimentos sólidos e/ou quentes, realização de esforços físicos, negligência nos cuidados podem afetar a cicatrização e pode limitar o sucesso da cirurgia. Eu concordo em seguir as recomendações, cuidados, uso de medicamentos indicados de forma correta, e retornar ao Dr. Fabio Guedes e sua equipe para



exames regulares conforme instrução do mesmo, por não haver maneira de se prever precisamente a capacidade de recuperação de cada paciente.

8. Eu concordo em não operar veículos motorizados ou realizar tarefas e/ou atividades que ofereçam perigo, até que esteja totalmente recuperado dos efeitos anestésicos ou drogas utilizadas em meu favor indicadas pelo Dr. Fabio Guedes e sua equipe.
9. Estou ciente de ter fornecido um relatório preciso de meu histórico de saúde física e mental., incluindo alergias a medicamentos e demais produtos, assim os meus medicamentos ou drogas de uso contínuo.. Se eu estiver em tratamento por qualquer problema de saúde, certifico que discuti o procedimento proposto com a profissional responsável pelos meus cuidados médicos e recebi sua permissão de ser submetido à cirurgia.
10. Estou totalmente ciente que durante e após o procedimento em questão (cirurgia ou tratamento), as condições podem indicar um tratamento adicional ou alternativo de acordo com o julgamento do Dr. Fabio Guedes e sua equipe. Para tanto, autorizo por meio desta o tratamento adicional ou alternativo, se julgado necessário pelo Dr. Fabio Guedes e sua equipe.
11. Eu também autorizo a documentação casuística a de meu tratamento, pelos métodos convencionais, fotografias, filmagens, modelos, radiografias, gravações, etc., podendo a mesma ser utilizada com finalidade científico – didática, respeitando os princípios éticos, cedendo ao Dr. Fabio Guedes e sua equipe todos os direitos da referida documentação.
12. Certifico que li, que me foi explicado e que entendo perfeitamente a presente permissão de cirurgia e o procedimento anestésico. Conscientemente dou autorização para proceder por minha livre iniciativa os tratamento propostos pelo Dr. Fabio Guedes e sua equipe e estou ciente de todos os riscos inerentes e potenciais do procedimento.
13. Outrossim, declaro que este formulário de cirurgia, não contém espaços em branco, emendas ou rasuras.

Rio de Janeiro, _____

Paciente ou Responsável Legal

Cirurgião: Dr. Fabio Guedes