HOSPITAL ALIANÇA | REDE D'OR

Termo de Ciência e Consentimento
Artroplastia de Joelho: Implante de Prótese

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME:_____
Data de Nasc.: _____/_____/_____
Médico Assistente:_____
Unidade/Leito: _____
Nome social:_____

Por este instrumento, eu, _____
_____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

_____
_____

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

ARTROPLASTIA DE JOELHO - IMPLANTE DE PRÓTESE

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A artroplastia de joelho é um procedimento cirúrgico que consiste na substituição das superfícies articulares desgastadas do joelho por uma prótese artificial, geralmente composta de metal e polietileno. É indicada para tratar condições que causam dor intensa e limitação funcional significativa, como osteoartrite, artrite reumatoide ou outras doenças que comprometem a articulação.

O procedimento pode ser realizado de forma total (substituição de todos os compartimentos articulares) ou parcial (substituição de apenas um compartimento), dependendo da avaliação médica.

a) BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:

i. Melhoria da mobilidade articular e da qualidade de vida do paciente;
ii. Redução ou alívio da dor intensa no joelho;
iii. Restabelecimento da funcionalidade do joelho para atividades diárias.

b) FUI ORIENTADO(A) SOBRE AS ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO, INCLUINDO:

i. Fisioterapia e exercícios de fortalecimento muscular para alívio de sintomas;
ii. Tratamento medicamentoso com analgésicos e anti-inflamatórios;
iii. Infiltrações articulares com corticóides
iv. Uso de órteses (como joelheiras) para suporte articular;
v. Acompanhamento clínico sem intervenção cirúrgica imediata, quando possível.

c) POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO

i. Riscos gerais da cirurgia:

- ✓ **Infecção:** pode ocorrer infecção superficial na pele ou infecção profunda na prótese, que pode requerer antibióticos prolongados ou até a retirada da prótese em casos graves;
- ✓ **Sangramento:** possibilidade de hemorragias, hematomas ou necessidade de transfusão sanguínea no pós-operatório;
- ✓ **Cicatriz:** espessamento ou infecção na área da cicatriz;
- ✓ **Complicações anestésicas**: reações adversas aos medicamentos ou complicações graves como choque anafilático, tromboembolismo ou depressão respiratória (raras).

ii. Complicações específicas da artroplastia de joelho:

- ✓ **Afrouxamento ou deslocamento da prótese**: Com o tempo, a prótese pode afrouxar ou sair da posição, causando dor e instabilidade; isso pode exigir uma revisão cirúrgica.
- ✓ **Trombose venosa profunda (TVP):** Formação de coágulos nas veias, especialmente nas pernas, que podem causar dor, inchaço e, em casos mais graves, embolia pulmonar (obstrução de vasos no pulmão).
- ✓ **Fratura óssea:** Fraturas durante ou após o procedimento, especialmente em pacientes com osteoporose ou fragilidade óssea, podendo exigir correções adicionais.
- ✓ **Rigidez articular:** Apesar do tratamento, pode haver dificuldade em recuperar a mobilidade completa do joelho; em alguns casos, pode ser necessária manipulação sob anestesia.
- ✓ **Lesão de nervos ou vasos sanguíneos:** Pode ocorrer lesão de estruturas próximas à articulação, resultando em dormência, fraqueza muscular ou outras alterações, geralmente transitórias, mas raramente podem ser permanentes.
- ✓ **Desgaste ou falha da prótese:** A prótese pode apresentar desgaste com o tempo, especialmente em pacientes mais jovens ou ativos, levando à necessidade de nova substituição (revisão).
- ✓ **Diferença no comprimento dos membros:** Pequenas alterações no comprimento das pernas podem ocorrer e, em raros casos, podem causar desconforto ou necessidade de ajustes.
- ✓ **Alterações na percepção da prótese:** Alguns pacientes podem sentir desconforto ou perceber a prótese como "estranha" mesmo após a cicatrização total.

Termo de Ciência e Consentimento
Artroplastia de Joelho: Implante de Prótese

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME:_____
Data de Nasc.: _____/_____/_____
Médico Assistente:_____
Unidade/Leito: _____
Nome social:_____

- ✓ **Calcificação ao redor da articulação:** Crescimento de tecido ósseo anormal pode limitar os movimentos do joelho após o procedimento.

d) PROBABILIDADE DE SUCESSO

i. Foi esclarecido que, na maioria dos casos, a artroplastia de joelho apresenta alta taxa de sucesso, com alívio significativo da dor e melhoria da qualidade de vida. No entanto, o resultado depende de fatores como o estado geral de saúde do paciente, cuidados pós-operatórios e adesão à fisioterapia e orientações médicas.

e) POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO

i. Agravamento da dor e da rigidez articular, com maior limitação funcional e prejuízo às atividades diárias;
ii. Deformidades articulares progressivas, como desalinhamento do joelho;
iii. Incapacidade de realizar tarefas simples, como caminhar ou subir escadas, afetando a qualidade de vida;
iv. Complicações gerais do quadro articular, como desgaste adicional em outras articulações devido à compensação inadequada.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

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 antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20_____ ____:____ (hh:min)

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome:_____RG:_____

Assinatura: _____Parentesco_____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20_____ _____:_____ (hh:min)

Nome do(a) profissional_____Conselho:_____

Assinatura: _____