

Termo de Ciência e Consentimento

Artroscopia De Ombro

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:

ARTROSCOPIA DE OMBRO

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A artroscopia de ombro é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo que utiliza um artroscópio (câmera) e instrumentos específicos para diagnosticar e tratar lesões dentro da articulação do ombro. Este procedimento é indicado para condições como:

- Instabilidade do ombro (luxações recorrentes);
- Lesões do manguito rotador;
- Impactos subacromiais;
- Lesões labiais (SLAP ou Bankart);
- Limpeza de calcificações, aderências ou corpos livres intra-articulares;
- Capsulite adesiva (ombro congelado);
- Lesões degenerativas ou inflamatórias da articulação.

A cirurgia é realizada por pequenas incisões, com menor trauma tecidual e recuperação geralmente mais rápida quando comparada às técnicas cirúrgicas abertas.

a) BENEFÍCIOS DESTES PROCEDIMENTOS:

- i. Alívio da dor, melhora da mobilidade e recuperação funcional do ombro;
- ii. Diagnóstico preciso e tratamento direto das lesões do ombro
- iii. Menor tempo de recuperação e menores taxas de complicação em comparação com procedimentos abertos;
- iv. Retorno mais rápido às atividades diárias e esportivas (quando aplicável).

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

- i. Medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios: para redução da dor e inflamação;
- ii. Fisioterapia e reabilitação: para manejo conservador dos sintomas e recuperação funcional;
- iii. Infiltrações articulares: como corticosteróides ou ácido hialurônico, em casos específicos;
- iv. Observação clínica: monitoramento da progressão da condição, em casos onde não há indicações urgentes de cirurgia.

c) POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO

i. Riscos gerais da cirurgia:

- ✓ **Infecção:** infecção superficial na pele ou infecção profunda na articulação, que pode exigir tratamento com antibióticos;
- ✓ **Sangramento:** sangramentos leves, hematomas ou, raramente, hemorragias mais graves;

ii. Complicações específicas da artroscopia de ombro:

- ✓ **Rigidez articular pós-operatória:** Pode haver dificuldade em recuperar toda a amplitude de movimento, especialmente em casos de lesões extensas ou reabilitação inadequada.
- ✓ **Lesão de nervos ou vasos sanguíneos:** Em casos raros, estruturas adjacentes à articulação podem ser lesionadas, causando dormência, fraqueza muscular ou outras alterações transitórias (e, mais raramente, permanentes).
- ✓ **Persistência ou retorno da dor:** Mesmo após o procedimento, alguns pacientes podem não atingir o alívio completo da dor, especialmente em casos de lesões avançadas ou degenerativas.
- ✓ **Luxação ou instabilidade persistente:** Quando o procedimento é realizado para corrigir instabilidade do ombro, pode haver recidiva da lesão, dependendo da gravidade inicial ou de fatores individuais.
- ✓ **Necessidade de cirurgia adicional:** Em casos em que a lesão é mais extensa do que o previsto ou se a resposta ao tratamento cirúrgico inicial for insatisfatória, pode ser necessário um procedimento complementar.

Termo de Ciência e Consentimento

Artroscopia De Ombro

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: _____

- ✓ **Danos à cartilagem ou ao tendão:** Complicações intraoperatórias podem causar lesões secundárias, mas são muito raras quando o procedimento é realizado por profissionais qualificados.
- ✓ **Formação de aderências:** Sobreposição de tecidos cicatriciais pode prejudicar a mobilidade e exigir tratamento adicional.

d) PROBABILIDADE DE SUCESSO

- i. Foi esclarecido que a artroscopia de ombro tem altas taxas de sucesso, especialmente em casos precocemente diagnosticados e tratados, com alívio significativo da dor e recuperação funcional na maioria dos pacientes. Os resultados dependem de fatores como: gravidade da lesão, estado de saúde geral, realização correta do protocolo de reabilitação e outros hábitos/condições individuais.

e) POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO

- i. Persistência dos sintomas de dor e redução da mobilidade do ombro;
- ii. Progressão das lesões existentes, com aumento do desgaste articular, inflamação ou lesões secundárias;
- iii. Prejuízo às atividades diárias, esportivas ou profissionais devido à limitação funcional progressiva do ombro;
- iv. Desenvolvimento de rigidez articular grave ou perda irreversível da função, dificultando o tratamento futuro.

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: _____