

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade N.º: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade N.º: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Declaro que:

Foi informado a realização do Procedimento: ARTROPLASTIA DE JOELHO ( ).

Recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste Procedimento e as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito.

Estou ciente de que, durante o Procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas).

Estou ciente e bem esclarecido sobre os principais riscos relacionados às cirurgias do joelho, que incluem: infecção; lesões neuro- vasculares, que dependendo da gravidade podem levar a perda funcional do membro; trombose venosa profunda, podendo esta agravar com embolia pulmonar; artrofibrose e rigidez da articulação.

Estou ciente também que no curso do procedimento cirúrgico, podem ocorrer ainda complicações relacionadas à anestesia: bradicardia; hipotensão arterial; parada cardio respiratória com possibilidade de intubação orotraqueal e conseqüente assistência ventilatória mecânica; lesões raquí medulares; raquialgia; anafilaxia e óbito. Pode haver necessidade de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, bem como internamento em UTI.

Também fui informado (a) sobre as alternativas possíveis ao Procedimento, as conseqüências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

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.

Consinto, portanto, ao Médico (a): \_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_ a realizar o(s) Procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) Procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Elaborador:	DR. LUIZ MARCOS	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão:	Revisão: 01	Data da Revisão:

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

- ( ) 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 se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. LUIZ MARCOS		
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	Revisão: 01	Data da Revisão:	