

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

ORT - ARTROPLASTIA DE QUADRIL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A Artroplastia de Quadril é a substituição total ou parcial da articulação do quadril, feita por meio de materiais artificiais (metal, cerâmica ou polietileno).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tem a finalidade de melhora da qualidade, com objetivos de reduzir a dor e rigidez além de melhorar a capacidade de realizar atividades de vida diária. Todos os meios cientificamente aceitos e recomendados para o caso existentes nesta instituição serão utilizados no intuito de tentar o melhor resultado terapêutico possível e de minimizar os riscos de complicação.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. Estas alternativas, incluindo o tratamento clínico, conferem maior risco à funcionalidade do membro/articulação acometida ou pior controle de sintomas/dor, em face do conhecimento científico atual. Em particular, bloqueios ou infiltrações articulares não fornecem restauração da funcionalidade da articulação ou melhora prolongada dos sintomas, além dos riscos inerentes a estes procedimentos.

Alternativas e consequências adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

É importante saber que todo procedimento na medicina tem riscos, e a cirurgia de ortopedia não é uma exceção. Portanto, o seu médico indica a cirurgia quando o benefício dela supera o seu risco para melhorar o estado do paciente.

Riscos específicos incluem:

- ¿ Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- ¿ Dor no período pós-operatório;
- ¿ Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
- ¿ Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- ¿ Encurtamento ou alongamento do membro operado;
- ¿ Lesões de Nervos maiores;
- ¿ Lesões Vasculares;
- ¿ Desgaste, soltura, fadiga e/ou falha dos componentes protéticos;
- ¿ Fratura ao redor da prótese acetabular ou femoral, podendo necessitar de nova cirurgia e/ou luxação dos implantes;
- ¿ Luxação da prótese (deslocamento dos componentes), necessitando de novo procedimento aberto ou fechado em centro cirúrgico;
- ¿ Ossificação heterotópica (formação de ossos em tecidos moles), podendo causar restrições de movimento e dor;
- ¿ Osteólises (reabsorção óssea resultando em enfraquecimento do osso).

Incluem-se os riscos gerais aplicáveis a cirurgias ortopédicas:

- ¿ Complicações locais da ferida operatória, como inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor, dormência ou alteração de sensibilidade regional, alterações cicatriciais (como cicatriz hipertrófica, retração, quelóide ou cicatriz inestética), podendo requerer cuidados adicionais, reabordagem cirúrgica ou uso de medicações;
- ¿ Sangramentos (hemorragias), que podem necessitar de cauterização, nova cirurgia ou internação hospitalar;
- ¿ Lesões Vasculares e Neurológicas durante a cirurgia: poderá ocorrer lesão de algum vaso ou nervo dependendo da região a ser operada. No caso de vasos, pode trazer um maior risco de sangramento. Em caso de lesões nos nervos, pode acontecer desde perda temporária da função do nervo até perda permanente. Isso vai depender da região operada e se é a primeira ou segunda vez em que se opera. Normalmente, reabordagens cirúrgicas são mais difíceis e a chance de lesão dessas estruturas é maior;
- ¿ Infecção local ou sistêmica, pode aparecer no pós-operatório imediato ou tardio, podendo requerer antibioticoterapia ou reintervenção cirúrgica para reverter a situação e debelar a infecção ou até mesmo retirar o material implantado. O paciente pode sentir febre, dor, vermelhidão e calor no local da cirurgia, além da presença de secreção pela ferida operatória;
- ¿ Lesões por instrumentos cirúrgicos ou eletrocautério;
- ¿ Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista), reações alérgicas, náuseas, vômitos, dificuldade respiratória, broncoespasmo, complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colapso de segmentos pulmonares),

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

ζ Nos casos de implante de prótese ou materiais de osteossíntese, pode haver falha do material e necessidade de substituí-lo. Existem complicações específicas para cada tipo de prótese;

ζ Existe também a possibilidade de ocorrer, a depender do procedimento realizado, no pós-operatório, desenvolvimento de escaras de decúbito, dependência parcial ou completa de outras pessoas para realizar os atos da vida diária, bem como dependência prolongada de respirador artificial. Estas dependências podem ser temporárias ou definitivas.

ζ Tratando-se de uma cirurgia complexa, eventos adversos podem ocorrer, bem como complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências, tais como: recidiva da anormalidade, paralisias de membros, distúrbios no controle de fezes e urina, distúrbios na função do membro e alteração na sensibilidade (hipoestesia, dormência, formigamento, dor neuropática), estado vegetativo (coma) prolongado, edema ou hemorragia no sistema nervoso; complicações de origem cardiovascular não diretamente associadas ao ato cirúrgico como delirium pós operatório, trombose das veias profundas, embolia pulmonar, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular isquêmico, arritmias cardíacas, choque hipovolêmico, parada cardíaca e suas implicações, óbito, podendo ainda surgir outros eventos aqui não descritos.

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar à amputação do membro inferior ou óbito. Mundialmente as taxas de complicações graves para Artroplastia de Quadril estão entre < 1 a 10%, a depender do tipo de cirurgia e características do paciente. A Instituição dispõe de estrutura adequada para atender ao procedimento e eventuais situações previstas como possíveis riscos do procedimento.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos/métodos diagnósticos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo do procedimento, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Estou ciente que devo buscar o retorno imediato ao médico ou à unidade hospitalar se eu constatar complicações posteriores à cirurgia ou ao tratamento que fui submetido, especialmente quando verificar dor, febre, inchaço nos membros, falta de ar, escarro com sangue, tontura, abertura de pontos, dentre outros sinais de alarme de saúde.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação. Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica.

Orientações adicionais de reabilitação:

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).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

--

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

_____ ou _____
Paciente **Responsável**

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM