

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 - CIRURGIA DE ARTROSCOPIA DE JOELHO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

É feita com a ajuda de uma câmera, que é inserida dentro da articulação do paciente, permitindo que o médico a visualize por dentro. Nesse tipo de tratamento, também é possível tratar de problemas pequenos, por meio de equipamentos médicos especializados que também são inseridos na articulação através de pequenas incisões.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Permite visualizar e tratar muitas lesões dentro da articulação sem a necessidade de grandes incisões, objetivando restabelecer a função ou controle do quadro algico do membro ou articulação acometida com menos dor e recuperação mais breve.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico (a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar não restabelecimento da função ou da resolução do quadro algico do membro ou articulação acometida.

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.

Estou ciente de que em procedimentos invasivos podem ocorrer complicações gerais tais como: complicações inerentes ao ato anestésico; queimaduras pelo uso do eletrocautério; cicatriz inestética na área da cirurgia (queloides ou a presença de cicatriz hipertrófica) ou ainda necessidade de reabordagem cirúrgica para controle de sangramentos ou drenagem de hematomas.

As complicações podem ser imediatas ou aparecerem após dias, meses ou anos, inclusive podendo levar a reoperação e permanência no hospital superior à prevista, inclusive, em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

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.

Nos tratamentos cirúrgicos das fraturas pode ocorrer um retardo de consolidação ou a não união óssea, o que chamamos de pseudoartrose. Com isso o paciente pode precisar de reabordagem cirúrgica.

Infecções: Podem aparecer no pós-operatório imediato ou tardio, podendo ser necessário submeter o paciente a diversos procedimentos cirúrgicos 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.

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.

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.

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 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.

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.

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 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

Paciente: _____

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

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

obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, 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.

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 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. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

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.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

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**