

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

### **DEFINIÇÃO:**

esta cirurgia consiste em fixar um segmento da coluna que está instável em função de desgaste natural, fraturas, metástases ósseas, degenerações, instabilidade por hérnia de disco, etc. Pode ser utilizado material metálico para fixação, como barras, hastes, parafusos, cages. Pode ser necessário uso de enxerto ósseo do paciente ou de outro doador. Pode ser necessário uso de estimuladores de ossificação.

### **COMPLICAÇÕES:**

- 1- Infecção superficial e profunda.
- 2- Hematoma em ferida operatória.
- 3- Diminuição de força em membros inferiores e superiores.
- 4- Dormência em pernas e membros superiores.
- 5- Alterações urinárias.
- 6- Paraplegia e tetraplégica.
- 7- Necessidade de reoperação.
- 8- Deiscência de ferida operatória.
- 9- Lesão de dura-máter com fístula liquórica.
- 10- Hematoma intra-canal com compressão medular.
- 11- Dor na retirada do enxerto quando necessário.
- 12- Cicatrização com quelóide.
- 13- Soltura e/ou quebra de material quando utilizado.
- 14- Embolia pulmonar.
- 15- Trombose venosa profunda

Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível

descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. **Cirurgias infectadas** – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

5. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

6.

7. Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

8.

9. **Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

10. **Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Cuiabá \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte

Outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.