

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE OMBRO

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 do Código de Defesa do Consumidor, que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, \_\_\_\_\_, 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 "CIRURGIA DE OMBRO", 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. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos), prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** a videoartroscopia do ombro é uma técnica cirúrgica onde o médico utiliza uma pequena ótica para visualizar o interior da articulação e trabalha através de pequenos orifícios realizados na pele.

- 1) O paciente supracitado e/ou responsável reconhecem por meio desta a contratação dos serviços do Dr. Marcio Moraes, para realização de procedimento cirúrgico: VIDEOARTROSCOPIA DE OMBRO, sob a responsabilidade do médico abaixo assinado e sua equipe no hospital acordado.
- 2) Reconhecem e aceitam ainda que há riscos na cirurgia, do mesmo modo que em qualquer procedimento médico.

### COMPLICAÇÕES GERAS DA CIRURGIA DO OMBRO:

- Complicações Imediatas: Sangramentos pós operatórios com necessidade de transfusão, infecções (podem exigir reoperações), abertura da ferida operatória;
  - Complicações Mediatas: Ombro congelado, dor residual;
  - Complicações Tardias: Dor residual (5%), re-luxação (2 a 5%), re-ruptura do manguito rotador (10%), Limitação dos movimentos, migração do material de fixação. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 3) Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

### DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES: Ombro

- ❖ Síndrome do impacto: presença de impacto entre os tendões internos do ombro contra o osso acrômio causando dor; a. Indicação da cirurgia: Dor no ombro que não melhorou com o tratamento conservador (fisioterapia, anti-inflamatórios, infiltração, etc) pelo tempo mínimo de 3 meses;
- ❖ Lesão do manguito rotador: ruptura de um ou mais tendões internos do ombro geralmente causado por desgaste (degeneração); b. Indicação da cirurgia: rupturas sintomáticas;
- ❖ Instabilidade do ombro c. Indicação da cirurgia: luxações recidivantes, luxação primária em atleta;
- ❖ Lesão do lábrum: descolamento de uma cartilagem interna do ombro secundária a um trauma ou sobrecarga relacionada aos esportes; d. Indicação da cirurgia: paciente com sintomas que prejudiquem as atividades do dia a dia ou atletas com incapacidade para manter a prática esportiva;
- ❖ Outras: fraturas desviadas do ombro, capsulite adesiva refratária, tendinite calcária refratária.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Nome Legível- Rg/CPF

\_\_\_\_\_  
Nome Legível-CRM