

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ARTROSCOPIA

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 _____ profissional médico por mim escolhido, fui informado (a) que sou portador (a) de patologia ortopédica que necessita da realização de uma cirurgia chamada ARTROSCOPIA e que essa cirurgia é realizada por vídeo onde se visualiza (olha) a parte interna da articulação para ajudar no diagnóstico da doença, devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado ARTROSCOPIA DE OMBRO, CINTURA, ESCAPULAS, QUADRIL, JOELHO, ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DAS MÃOS com o qual concordo a ser submetido, pelo que autorizo o(a) médico(a) _____ CRM _____ e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias para meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento. Sou sabedor (a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, como por exemplo, sangramentos durante a cirurgia. Também fui informado (a) que as cirurgias, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento. No caso específico da cirurgia indicada para meu tratamento, fui informado(a) que as principais complicações que podem ocorrer são: Perda ou quebra de material intra-articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação, infecção, perda funcional - quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas, TVP - trombose venosa profunda, hemartrose - sangramento que se acumula dentro da articulação, lesão nervosa - quando um nervo é machucado, perfurado ou cortado causando anestesia local ou paralisia e possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira). Fui esclarecido (a) também que, inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento cirúrgico. Fui também orientado (a) de que o uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia. Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que essas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do (a) médico (a), para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo (a) médico (a), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir. Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais

medicamentos a serem utilizados. Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento. Estou ciente de que seria impossível para o (a) médico (a) me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado (a) das situações mais frequentes. Igualmente sou sabedor (a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu (minha) médico (a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____