

TERMO DE CONSENTIMENTO ARTRODESE DE JOELHO

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 “**CIRURGIA DE ARTRODESE DE
JOELHO**”, 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:

COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção superficial e profunda
- 2- Hematoma em ferida operatória
- 3- Necessidade de reoperação
- 4- Deiscência de ferida operatória
- 5- Dor na retirada do enxerto quando necessário
- 6- Cicatrização com quelóide
- 7- Soltura e/ou quebra de material quando utilizado
- 8- Embolia pulmonar
- 9- Trombose venosa profunda

CID: _____

Infecção hospitalar:

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 abertas, 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).

Av. Aclimação, nº 335 | Bosque da Saúde Fone: 65 3051-2222 | Cuiabá - MT www.hmsm.com.br

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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).

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.

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.

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

Código de Ética Médica – Art. 22. 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.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8 078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art 9º -

Cuiabá _____ de _____ de _____

_____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome:

RG/CPF:

Ass. Medico Assistente

Nome:

CRM: _____ UF: _____