



TERMO DE CONSENTIMENTO - HÁLUX VALGO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

CPF: _____ RG: _____

Nome da mãe: _____

Telefone: _____

Nome do representante legal: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____

PROCEDIMENTO:

Trata-se do procedimento cirúrgico para correção de joanete, o qual se caracteriza por ser uma técnica minimamente invasiva em que são introduzidos instrumentos em pequenos orifícios do pé para o alinhamento do raio "torto" e a correção de alguma deformidade. Este tratamento é indicado para pacientes que sentem dor intensa ou que sofrem com inchaço crônico do dedão, deformação dos outros dedos do pé, dificuldade para caminhar.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Realinhamento ósseo e dos tecidos moles do(s) dedo(s) do pé a partir de uma incisão menor e com menor tempo de recuperação.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS

Previamente à realização da cirurgia, o paciente deverá realizar e apresentar todos os exames necessários, tais como exame de sangue e eletrocardiograma, além da consulta pré-anestésica, visando verificar se poderá ser submetido ao procedimento. Ainda, deverá realizar jejum de 08 horas ao horário agendado para realização da cirurgia. Após a realização do procedimento, o paciente deverá seguir estritamente as orientações do médico quanto à necessidade de repouso, utilização da medicação ministrada, higienização do local e uso do calçado ortopédico pelo período indicado, quando necessário. Os curativos pós operatórios são extremamente importantes para impedir novos desvios do dedo e deverão ser feitos toda semana, durante os 2 primeiros meses.

RISCOS

Sobre as complicações associadas ao tratamento cirúrgico para correção do Hálux Valgo, as mais comuns são: infecções; encurtamento do dedo; desvio do corte ósseo; não consolidação óssea; necrose avascular; sangramentos; lesões nos nervos.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, paciente do(a) Dr.(a). _____, inscrito no CRMMG sob o nº _____, declaro ter recebido todas as informações de meu médico acerca do procedimento ao qual serei submetido, seu objetivo, seus riscos e os cuidados que deverei observar antes e após a cirurgia, assim como a respeito dos métodos terapêuticos alternativos, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei nº 8078/90, estando ciente de que a observância destes cuidados é fundamental para que se possa atingir o objetivo deste procedimento.

Declaro que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão e outras informações pertinentes à minha saúde.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico, oralmente ou por escrito, pois, do contrário, poderei por minha vida, saúde ou bem-estar em perigo, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Estou ciente de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura dos pontos ou dor.

Declaro, ainda, estar ciente de que o resultado do procedimento pode ser diferente da minha expectativa inicial, uma vez que o dever do médico é dispor de todos os meios necessários para alcançar o resultado de seu trabalho, não havendo qualquer certeza ou garantir de estes resultados serão de fato alcançados.

Declaro estar ciente de que os resultados da cirurgia são variáveis, pois estes dependem de fatores tais como minhas características fisiológicas, minhas condições clínicas pré-procedimento, da ausência de intercorrência durante o procedimento e da observação dos cuidados pós-procedimento.

Compreendi que durante o tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos ou instrumentos de observação invasivos. Foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento.

Tenho conhecimento que qualquer omissão da minha parte poder-me-á trazer prejuízos, comprometer o tratamento ao qual me submeto, causar sequelas ou acarretar danos à minha saúde.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outra dúvida e que estou me submetendo a este procedimento por livre e espontânea vontade, ficando reservado meu direito de desistir a qualquer tempo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do paciente ou Responsável:

Assinatura do médico:
