

## TERMO DE CONSENTIMENTO LCA

Por meio deste documento, eu, declaro, para todos os fins legais, especialmente em relação ao disposto no art. 39, VI, da lei 8.078/90, que dou plena autorização ao médico Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_ e sua equipe, para executar o tratamento cirurgico designado CIRURGIA COM REPARO, REFORÇO, RETENCIONAMENTO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS, e todos os procedimentos que o integram e que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médico-cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, 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, especialmente quanto ao que segue:

**DEFINIÇÃO:** a cirurgia é realizada por vídeo em joelho, para corrigir joelho e instável (que falseia) por rotura do ligamento cruzado anterior / posterior do joelho. No local do ligamento rompido é colocado um enxerto (de tendão) e fixado com material metálico / titânio ou absorvível. Em alguns casos, o ligamento está apenas frouxo ou parcialmente rompido, então pode-se fazer um retencionamento do mesmo (encurtamento) com rádio frequência ou um reforço com o uso de um tendão do próprio joelho.

Foi esclarecido pelo médico sobre todas as complicações possíveis que possam ocorrer, sendo tais como: infecção; perda funcional – quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas; trombose venosa ; hemartrose – sangramento que se acumula dentro da articulação e que pode ser necessário aspiração no pós-operatório; progressão da doença, apesar de ter sido abordada corretamente na cirurgia ; lesões meniscal – quando uma parte do menisco se solta na articulação e tem que ser corrigido durante o ato cirúrgico ; perda ou quebra de material cirúrgico na articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação; possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o CMH Centro Médico Integrado adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado. Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo médico, em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado é o mais moderno e atual em toda a literatura mundial, e que a evolução da doença e do tratamento está dentro dos preceitos da Medicina de meio, e não de fim, podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declaro também que posso desistir da realização do procedimento em qualquer tempo.

Por fim, volto a declarar que estou plenamente satisfeito quanto ao esclarecimento das minhas dúvidas e questões, o que foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe. Assim sendo, tendo ouvido e lido as explicações sobre os objetivos, riscos e complicações mais comuns da CIRURGIA COM REPARO, REFORÇO, RETENCIONAMENTO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIOR / POSTERIOR DO JOELHO, autorizo a realização deste procedimento em minha pessoa.

Belo Horizonte,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico