



TERMO DE CONSENTIMENTO - ARTROSCOPIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

CPF: _____

RG: _____

Nome do representante legal: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____

PROCEDIMENTO:

Trata-se do procedimento ortopédico designado ARTROSCOPIA DO JOELHO, consistente na realização de pequenas incisões no joelho do paciente para a inserção de câmera digital com fibra ótica através de um tubo fino, que possibilita ao médico visualizar, diagnosticar e tratar inúmeras lesões dentro da articulação sem a necessidade de grandes cortes. A cirurgia é indicada para pacientes que sentem dor ou dificuldade de locomoção e é feita sob anestesia local, raquianestesia ou anestesia geral, a depender do tipo de lesão a ser tratada.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

A artroscopia poderá ser realizada para tratar lesões na cartilagem do joelho, no menisco, nos ligamentos ou para retirada de pequenos fragmentos ósseos ou cartilagosos que estejam causando inflamação, sendo que em todos os casos tem como objetivo possibilitar uma melhora na mobilidade do joelho sem a presença de dores no local.

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, uso das muletas, higienização do local e realização de fisioterapia.

Um pouco de inchaço e hematoma pode ser comum após uma artroscopia de joelho. Porém, medicamentos específicos como analgésicos e anti-inflamatórios serão prescritos. Para procedimentos artroscópicos mais simples, alguns dias de repouso são o suficiente para retorno às atividades diárias mais leves. Atividades mais intensas ou atividades físicas leves, são retomados entre 3 a 6 semanas podem ser suficientes. Para atividades esportivas intensas, entre 3 e 6 meses.

RISCOS

Todo procedimento cirúrgico representa riscos à saúde do paciente, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, uma vez que podem ocorrer fatores imprevisíveis ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. As complicações possíveis normalmente associadas à artroscopia do joelho são: infecções; coágulos de sangue no joelho; reações alérgicas, trombose; febre; dor contínua; sangramento contínuo no local da sutura; saída de pus no local da cirurgia; inchaço excessivo ou calor no local da cirurgia.

Ainda, o resultado final da cirurgia será determinado pelo grau de danos prévios no joelho, ou seja, o grau de desgaste da cartilagem articular do joelho compromete a recuperação total do joelho.

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.

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:
