

TERMO DE CONSENTIMENTO - LCA

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 de procedimento cirúrgico designado CIRURGIA COM REPARO, REFORÇO, RETENCIIONAMENTO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIORES, o qual é realizado por vídeo em joelho, para corrigir joelho instável (que falseia) por ruptura do ligamento cruzado anterior / posterior do joelho.

A cirurgia é indicada para pacientes em faixa etária mais elevada, para pacientes ligados ao esporte que não desejam abandonar ou substituir suas atividades, e para pessoas que sentem o falseio para suas atividades da vida diária.

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 é possível fazer um retencionamento do mesmo (encurtamento) com radiofrequência ou um reforço com o uso de um tendão do próprio joelho.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Proporcionar o restabelecimento dos movimentos do joelho.

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. A cicatrização da cirurgia é um processo que demanda paciência, atenção e cuidado, respeitando os limites do corpo. Após a realização do procedimento, o paciente deverá seguir estritamente as orientações do médico quanto à necessidade de repouso, utilização da medicação prescrita, uso das muletas, higienização do local e realização de fisioterapia, sempre mediante autorização do médico. Nas primeiras 4 semanas após a cirurgia, é recomendado que o paciente ande com o auxílio de muletas, permaneça em repouso relativo e retome progressivamente a atividade laboral. Nesses primeiros dias o foco é diminuir o inchaço (edema), recuperar a ativação do quadríceps e a extensão máxima do joelho.

RISCOS

Foi esclarecido pelo médico sobre todas as complicações possíveis que podem ocorrer: infecção; perda funcional — quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas; trombose venosa; hermatose — sangramento que se acumula dentro da articulação, podendo ser necessária a 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 microfragmentos metálicos por desgaste da lâmina de alta rotação; possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

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 20_____

Assinatura do paciente ou Responsável:

Assinatura do médico:
