



TERMO DE CONSENTIMENTO - CIRURGIA DA MÃO - TÚNEL DO CARPO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Telefone:() _____

Nome da mãe: _____

Nome do representante legal: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone:() _____

PROCEDIMENTO:

A síndrome do túnel do carpo (ou do túnel carpal) é uma doença causada pela compressão do nervo mediano, localizado no punho e responsável pelo suprimento nervoso da região externa da mão. A condição é relativamente comum, mas surge com mais frequência em mulheres, especialmente nas obesas. Os sintomas clássicos são dor, formigamento e perda de sensibilidade na área atendida pelo nervo. Este tratamento cirúrgico é indicado em casos moderados e graves da doença que não obtiveram melhora com outras terapêuticas.

O procedimento consiste na realização de pequena abertura entre a palma da mão e o punho para cortar o ligamento que pressiona o nervo mediano, aliviando a pressão sobre ele. A cirurgia pode ser feita sob anestesia local ou geral.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia visa a aliviar a pressão em relação ao nervo mediano, eliminando os sintomas da síndrome, tais como as dores e a dormência que podem ocorrer na região.

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 ao tempo de imobilização do punho, utilização da medicação prescrita, higienização e uso de proteção no local, além de exercícios de fisioterapia para a mão, recurso fundamental para restaurar a flexibilidade, a força e o movimento.

RISCOS

Os riscos relacionados ao procedimento são: infecção superficial ou profunda; soltura de pontos; rigidez temporária ou permanente do local; edema (inchaço); hemorragia; lesão no nervo; dor persistente no pulso ou no braço. Ainda, a cirurgia não devolve a sensibilidade da mão para alguns casos e a funcionalidade depende do grau de lesão prévia do membro.

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:
