



TERMO DE CONSENTIMENTO - ARTROSCOPIA DE OMBRO

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:

Refere-se ao procedimento ortopédico designado ARTROSCOPIA DE OMBRO, que pode ser utilizado tanto para confirmar diagnósticos e colher imagens de lesões internas nas estruturas do ombro quanto para a realização de cirurgia. Por esta técnica pouco invasiva, o médico faz uma ou mais incisões pequenas no ombro afetado e introduz cânulas especiais por eles, para avaliar as estruturas internas do ombro, como os ossos, tendões e ligamentos. O procedimento é indicado para pacientes que sentem dor ou dificuldade de locomoção na articulação e realizado sob anestesia geral.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Confirmar o diagnóstico prévio realizado por meio de outros exames complementares, como ressonância magnética ou ecografia, e realizar, ao mesmo tempo, o tratamento, se necessário. Neste procedimento podem ser feitas a reparação de ligamentos, no caso de rompimento; remoção de tecido inflamado; remoção de cartilagem solta; tratamento do ombro congelado; avaliação e tratamento da instabilidade do ombro.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS

Pré cirúrgica:

Declaro ter informado que estou de jejum há 8 horas e ter trazido exames que foram solicitados na consulta. Declaro estar acompanhado por uma pessoa que permanecerá todo o tempo em que eu estiver no hospital. Informe em minha ficha de atendimento todos os medicamentos de que faço uso e relato não estar apresentando nenhum sintoma de gripe.

Pós cirúrgica:

Declaro ter ciência de que irei me alimentar somente após liberação médica, deverei permanecer no leito em decúbito dorsal com elevação do membro operado até o período estipulado pelo médico. Após liberação da alta, terei que permanecer e repouso conforme prescrição médica em domicílio e precisarei de tomar alguns medicamentos prescritos pelo médico como antibiótico. Recebi também as orientações sobre a forma correta de fazer o curativo, que deve permanecer seco e limpo em tempo integral. Devo manter o braço imobilizado e aplicar compressas de gelo no local operado. Caso aconteça algo com o curativo, deve-se informar o médico para uma nova avaliação. Concluída a cicatrização, devo iniciar sessões de fisioterapia para recuperar os movimentos do ombro.

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. Neste caso, as complicações que podem ocorrer são: infecção; perda funcional — quando o ombro não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas; trombose venosa; hemartrose — sangramento que se acumula dentro da articulação e que pode 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 micro fragmentos metálicos por desgaste da lâmina de alta rotação; possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

DÚVIDAS DO PACIENTE

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, medicamentos para emagrecimento ou controle do peso (incluindo canetas emagrecedoras e medicamentos da classe dos agonistas do receptor de GLP-1), bem como 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:
