

**TERMO DE CONSENTIMENTO - CIRURGIA DA MÃO****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 cirurgia da mão visa a reparar e reconstruir lesões ósseas, tendinosas, ligamentares, nervosas, musculares e de cobertura cutânea nas mãos, punhos e cotovelos, incluindo cirurgia do plexo braquial, e em vasos sanguíneos. Este tratamento cirúrgico é indicado para pacientes que tenham sofrido lesão nos músculos, ligamentos e nervos da mão, traumas ou queimaduras, que sejam portadores de deformidades congênicas, como a Síndrome do Túnel do Carpo, Síndrome do Túnel Cubital, entorses do polegar, osteoartrite e fraturas do escafoide.

**OBJETIVO DO PROCEDIMENTO**

A cirurgia visa restaurar, próximo do normal, a função dos dedos e de mãos feridas por trauma ou corrigir anomalias presentes no momento do nascimento.

**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, raio x 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, principalmente remédios para dor e anti-inflamatórios, higienização do local e uso de atadura durante o período indicado. Nos primeiros dias após a cirurgia, evite carregar peso e fazer atividade física. Os dedos devem ser mantidos para fora da tipoia e o paciente deve ficar com a mão para cima, para evitar a formação de edemas no local operado. Em caso de inchaço, recomenda-se a aplicação de gelo no local.

**RISCOS**

Os riscos relacionados ao procedimento são: infecção superficial ou profunda; soltura de pontos; rigidez temporária ou permanente de uma ou mais articulações; aderências de tendões; edema (inchaço); imobilização.

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 CRM MG 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: \_\_\_\_\_