

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____ D.N.: ____/____/____

Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**ARTROPLASTIA DE OMBRO**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

Ombro

1) Artroplastia – é a substituição de uma ou mais partes da articulação do ombro.

a – indicação cirúrgica – fratura dos ossos do úmero ou escápula multifragmentada, que sofreram desvio considerável e/ou destruição irreversível, luxação prolongada, destruição degenerativa, inflamatória ou infecciosa da cartilagem articular. Se faz necessária a intervenção cirúrgica para substituir as partes afetadas. Para tanto, serão utilizados próteses de substituição, que podem ser auxiliados por parafusos, placas, fios maleáveis ou rígidos, ancoras ou outros materiais, metálicos ou não.

COMPLICAÇÕES GERAIS DA CIRURGIA DO OMBRO:

1. Sangramentos pós operatórios
2. Infecções
3. Abertura da ferida operatória.
4. Ombro congelado
5. Dor residual.
6. Luxação (2 a 5%),
7. Ruptura do manguito rotador (10%),
8. Limitação dos movimentos
9. Deslocamento do material de fixação (ancoras, parafusos, próteses, outros). Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica- grosseira).

CBHPM - _____

CID – _____

Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____/____/____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.