



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GRUPO IMNE

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 "**CIRURGIA COM RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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:

DEFINIÇÃO: é a cirurgia por vídeo em joelho para reconstrução do ligamento cruzado posterior do joelho. No local do ligamento rompido é colocado um enxerto (pedaço de tendão) e fixado com material metálico ou absorvível. Em alguns casos, o ligamento está apenas frouxo ou parcialmente rompido, então pode-se fazer um pré-tensionamento do mesmo (encurtamento) com radio freqüência ou um reforço com o uso de um tendão do próprio joelho.

COMPLICAÇÕES:

1. Infecção.
2. Perda funcional – quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas.
3. Tvp – trombose venosa profunda.
4. Hemartrose – sangramento que se acumula dentro da articulação. Pode ser necessária aspiração no pós operatório.
5. Progressão da doença, apesar de ter sido abordada cirurgicamente.
6. Perda de fragmento meniscal – quando um pedaço do menisco se solta na articulação e não é mais encontrado.
7. Perda ou quebra de material cirúrgico na articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação.
8. 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, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).



GRUPOIMNE

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			

Declaro, 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, declaro 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.