

## TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE MANGUITO ROTADOR

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_,

quanto aos principais aspectos relacionados a **CIRURGIA DE MANGUITO ROTADOR** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadoras de serviços parceiras do CSSJD.

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 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.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

#### 1 - DEFINIÇÃO:

O diagnóstico é de lesão do manguito rotador: ruptura de um ou mais tendões internos do ombro, geralmente, causado por desgaste (degeneração).

A cirurgia é indicada quando: há rupturas sintomáticas de um ou mais tendões do ombro; restaurar o melhor possível para recuperar a função. Para fixação poderão ser utilizados parafusos, placas, fios maleáveis ou rígidos, ancoras ou outros materiais, metálicos ou não.

#### 2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

- Complicações imediatas: sangramento pós-operatório, infecções (podem exigir recuperações), abertura da ferida operatória;
- Complicações mediatas: ombro congelado, dor residual;
- Complicações tardias: dor residual (5%), luxação (2 a 5%), ruptura do manguito rotador (10%), limitação dos movimentos, deslocamento do material de fixação (ancoras, parafusos, outros);
- Possibilidade de cicatrizes.

#### 3 - 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:

**Cirurgia 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.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_,

autorizo a realização da **CIRURGIA DE MANGUITO ROTADOR** e/ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_

todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **CIRURGIA DE MANGUITO ROTADOR** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Declaro estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

## CIRURGIA DE MANGUITO ROTADOR

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

#### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **CIRURGIA DE MANGUITO ROTADOR** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

### INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

#### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 - Todos os documentos pessoais. 2 - Exames realizados.
- 3 - Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada. 4 - Risco Cirúrgico.
- 5 - Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 - Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar. 7 - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

#### O PROCEDIMENTO

- 1 - Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 - Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 - Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 - Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

#### OUTRAS ANOTAÇÕES