

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA HALLUX VALGUS

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

HALLUX VALGUS 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 prestadores 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:

Hallux Valgus é conhecido popularmente como "joanete". O procedimento cirúrgico envolve ligamentos, cápsulas, cartilagem e osso. São realizados cortes e ressecções dos ossos proeminentes, porém nada pode ser feito pela recuperação a cartilagem. É uma doença progressiva, e, a cirurgia tem a função de alinhos os ossos, tornando-os mais paralelos. Podem ser utilizados pinos, fios, grampos e parafusos para a fixação do osso.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

- Infecções;
- Osteomelite;
- Não consolidação da osteotomia;
- Rigidez articular;
- Necrose óssea;
- Edema;
- Recidiva da deformidade em um tempo varável após a cirurgia, principalmente por uma predisposição pessoal muito grande;
- Trombose venosa profunda;
- Embolia pulmonar;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
- Por alterar a forma do pé podem aparecer sintomas dolorosos em outros ossos do pé.

3 - INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

Cirurgia limpas: 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

Cirurgias potencialmente contaminadas: 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

Cirurgias contaminadas: 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária);

Cirurgias infectadas: 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso – supuração total – e/ou tecido necrótico).

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: _____ realização da **CIRURGIA PARA HALLUX VALGUS** e/ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ 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 PARA HALLUX VALGUS** 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.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado toda a **CIRURGIA PARA HALLUX VALGUS** 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.

2.2 – 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

