

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE LIBERAÇÃO DA SÍNDROME DO TÚNEL ULNAR

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 à **CIRURGIA DE LIBERAÇÃO DA SÍNDROME DO TÚNEL ULNAR** 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:

A cirurgia tem o objetivo de liberar o compartimento do túnel do ULNAR e realizar a descompressão do nervo ULNAR.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

- Infecção;
- Necrose de pele e músculos;
- Síndrome compartimental: pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas e caracteriza-se por dor intensa, cianose (rouxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer;
- Necessidade de nova cirurgia devido a recidiva do cisto;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
- Sangramento/hemorragias por lesões vasculares;
- Distrofia simpático-reflexa ou causalgia: quadro no qual ocorre dores intensas, alterações tróficas de pele, osteopenia regional, sudorese profusa e atrofia muscular e de tecido células subcutâneo;
- Lesões nervosas devido ao garroteamento do membro para operações com membro exsanguinado. Estas lesões ocorrem eventualmente e são temporárias.

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 **FRATURA DO FÊMUR** 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 **FRATURA DO FÊMUR** 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 **FRATURA DO FÊMUR** 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 _____

Nome 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