

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OMBRO

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 OMBRO** 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:

É uma técnica cirúrgica onde o médico utiliza uma pequena ótica para visualizar o interior da articulação e trabalha através de pequenos orifícios realizados na pele.

2 - DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

- Síndrome do impacto: presença de impacto entre os tendões internos do ombro contra o osso acrômio causando dor

Indicação da cirurgia: dor no ombro que não melhorou com o tratamento conservador (fisioterapia, anti-inflamatórios, infiltração, etc.) pelo tempo mínimo de 3 meses;

- Lesão do manguito rotador: ruptura de um ou mais tendões internos do ombro, geralmente, causado por desgaste (degeneração)

Indicação da cirurgia: rupturas sintomáticas;

- Instabilidade do ombro

Indicação da cirurgia: luxações recidivantes, luxação primária em atleta;

- Lesão do lábrum: deslocamento de uma cartilagem interna do ombro secundária a um trauma ou sobrecarga relacionada aos esportes

Indicação da cirurgia: paciente com sintomas que prejudiquem as atividades do dia a dia ou atletas com incapacidade para manter a prática esportiva;

- Outras: fraturas desviadas do ombro, capsulite adesiva refratária, tendinite calcária refratária.

3 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

- Complicações imediatas: sangramentos pós-operatórios, infecções (podem exigir reoperações), abertura da ferida operatória;
- Complicações mediatas: ombro congelado, dor residual;
- Complicações tardias: dor residual (5%), re-luxação (2 a 5 %), re-ruptura do manguito rotador (10%), limitação dos movimentos, migração do material de fixação, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

4 - 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 OMBRO** 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 OMBRO** 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 DE OMBRO** 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.
- 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