

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE/ HIPERCIFOSE / HERNIA DE DISCO E
ARTRODESE DE COLUNA**

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 ao **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE/ HIPERCIFOSE / HERNIA DE DISCO E ARTRODESE DE COLUNA** 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:

Esta cirurgia consiste em melhorar o alinhamento e fixar segmentos da coluna que estão instáveis em função de deformidade escoliótica e/ou seu desgaste natural.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

Infecção superficial e profunda; hematoma em ferida operatória; diminuição de força em membros inferiores (membros superiores quando cervical); dormência em pernas (membros superiores quando cervical); alterações urinárias; paraplegia (tetraplegia quando cervical); necessidade de reoperação; deiscência de ferida operatória; lesão de dura-máter com fistula líquórica; hematoma intra-canal com compressão medular; dor na retirada do enxerto quando necessário; cicatrização com quelóide; soltura e/ou quebra de material quando utilizado; embolia pulmonar; trombose venosa profunda.

3 - INFECÇÃO HOSPITALAR:

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 construir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalares 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 digestivos, respiratórios ou urinários);

Cirurgias potencialmente contaminadas: 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratórios ou urinários);

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

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

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização do **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE/ HIPERCIFOSE / HERNIA DE DISCO E ARTRODESE DE COLUNA** 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 o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE/ HIPERCIFOSE / HERNIA DE DISCO E ARTRODESE DE COLUNA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. 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.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____
Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE/ HIPERCIFOSE / HERNIA DE DISCO E ARTRODESE DE COLUNA** 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

