

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REPARO ARTROSCÓPICO DO 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 ao **REPARO ARTROSCÓPICO DO 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 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:

O procedimento cirúrgico consiste na introdução de um artroscópio (aparelho óptico do tipo endoscópio) na articulação do ombro, por meio de uma pequena incisão na pele (corte). Essa técnica permite ao cirurgião avaliar diretamente os tendões do manguito rotador e das estruturas que compõem a articulação do ombro. Assim é possível detectar e tratar as lesões dos tendões e outras (potenciais) lesões do ombro.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES:

- Reações alérgicas às medicações utilizadas;
- Flebite: inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Sangramento pós-operatório;
- Dor e inchaço na região da cirurgia no pós-operatório;
- Cicatriz hipertrófica ou quelóide na ferida operatória;
- Soltura ou falha dos implantes quando utilizados;
- Re-ruptura do manguito rotador;
- Lesões vasculares e lesões de nervos maiores;
- Dor residual com limitação de movimentos;
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar devido a coagulação do sangue no interior das veias;
- Infecção;
- Necessidade de repetição a cirurgia

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 do **REPARO ARTROSCÓPICO DO 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 o **REPARO ARTROSCÓPICO DO 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.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **REPARO ARTROSCÓPICO DO 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 INFORMAÇÕES

