

## 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: \_\_\_\_\_,

quanto aos principais aspectos relacionados à **CIRURGIA PARA 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 prestadoras 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 alinhar 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: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **CIRURGIA PARA HALLUX VALGUS** 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 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 \_\_\_\_\_

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**