

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTROSE

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Declaro para fins legais conforme segue:

1. Fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

---

---

2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s)

\_\_\_\_\_ para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

- Infecção.
- Edema na articulação. O surgimento no pós-operatório pode se estender por meses ou anos.
- Dor. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável, pois as articulações regionais procuram compensar a perda de movimento. Algumas vezes se sobrecarregam tanto que também evoluem para desgaste, tornando necessárias novas cirurgias.
- Síndrome compartimental. Pode acontecer depois de ser operado e deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas. Caracteriza-se por dor intensa, cianose e formigamento dos dedos. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- Necrose da pele.
- Rejeição de órteses e próteses.
- Não consolidação da artrodese.
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica e grosseira).

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

---

---

5. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

6. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo se os procedimentos necessários para tentar solucionar

as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

7. Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura;

9. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

\_\_\_\_\_  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO

Nome:

CRM:

#### TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO:

RG:

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).