

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A amputação cirúrgica consiste na remoção total ou parcial de um membro ou segmento corporal, podendo envolver membros inferiores (pé, perna ou coxa), membros superiores (mão, antebraço ou braço) ou segmentos específicos como dedos (quirodáticos ou pododáticos). Este procedimento é indicado quando o tecido do membro torna-se inviável ou representa um risco iminente à saúde sistêmica do paciente.

As condições clínicas que justificam esta intervenção incluem: isquemia crítica por doença vascular periférica (gangrena), infecções graves e progressivas (como a fasciíte necrosante), traumas complexos com destruição tecidual e óssea impossível de reconstruir, tumores malignos ósseos ou de partes moles, complicações severas de diabetes mellitus (pé diabético com infecção não controlada) ou deformidades congênitas graves que impeçam a funcionalidade.

Esclarece-se, para fins de total transparência, que o procedimento proposto é estritamente a amputação do segmento afetado. Não há qualquer relação entre esta cirurgia e procedimentos de coluna (como artrodese), sendo a indicação focada exclusivamente na resolução da patologia do membro em questão.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

Benefícios: O principal objetivo é a remoção de tecido necrosado, infectado ou tumoral, permitindo o controle de focos infecciosos (sepse), alívio de dores isquêmicas intratáveis e a preservação da vida do paciente. Além disso, a cirurgia visa criar um coto funcional que permita, futuramente, a reabilitação com o uso de próteses.

Probabilidade de Sucesso: A cirurgia possui elevada taxa de sucesso no controle da doença de base e na eliminação do risco de infecção generalizada. Contudo, a cicatrização adequada do coto e a futura adaptação protética dependem de fatores individuais, como a qualidade da circulação sanguínea residual, o estado nutricional e o controle rigoroso de doenças como o diabetes. Portanto, embora o sucesso técnico seja provável, não se pode garantir a ausência de complicações locais ou a recuperação funcional plena e imediata.

Riscos do Não Tratamento: A recusa do procedimento pode levar à progressão da necrose, disseminação da infecção para a corrente sanguínea (sepse), falência múltipla de órgãos e óbito. Em casos de adiamento, pode ser necessária uma amputação em nível muito mais alto (mais próxima do tronco) em caráter de urgência extrema.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação da amputação, foram consideradas e, quando viáveis, discutidas as seguintes alternativas:

- **Tratamentos Não Cirúrgicos:** Antibioticoterapia de largo espectro, desbridamentos seriados (limpezas), oxigenoterapia hiperbárica e curativos especiais. Estes visam salvar o membro, mas possuem limitações severas em casos de necrose estabelecida ou isquemia irreversível.
- **Alternativas Cirúrgicas de Preservação:** Procedimentos de revascularização (pontes ou angioplastias) para tentar restaurar o fluxo sanguíneo. A limitação ocorre quando o dano tecidual já é extenso demais para que o retorno do sangue recupere a função do membro.
- **Níveis de Amputação:** Optar por amputações menores (dedos ou parte do pé) em vez de maiores (abaixo ou acima do joelho). A vantagem é a preservação de maior parte do

membro, mas a limitação é o risco elevado de necessidade de nova cirurgia caso a doença progrida por falta de circulação no nível escolhido.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia (geral ou bloqueio regional). O cirurgião realiza uma incisão planejada para garantir a cobertura da pele sobre o osso. São realizadas a ligadura cuidadosa de artérias e veias, a secção de nervos, músculos e tendões, e a secção do osso com serra cirúrgica. O coto ósseo é arredondado e os músculos são suturados de forma a criar um acolchoamento para o osso. A pele é fechada com suturas e, frequentemente, um dreno é inserido para evitar o acúmulo de sangue.

Riscos Específicos:

- Falha de cicatrização do coto (deiscência): Abertura dos pontos ou necrose das bordas da pele, podendo exigir novas cirurgias.
- Infecção do coto: Pode demandar tratamento prolongado e, em casos graves, amputação em nível superior.
- Dor do Membro Fantasma: Sensação dolorosa persistente no membro que foi removido, podendo exigir tratamento com medicamentos neurológicos.
- Neuroma de Amputação: Formação de um nódulo doloroso na extremidade do nervo cortado.
- Contraturas Articulares: Encurtamento de tendões que dificulta o movimento do coto e o uso de próteses.
- Riscos Gerais: Sangramento, hematomas, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido ao porte da cirurgia e às condições vasculares do paciente, pode haver perda sanguínea significativa. A transfusão de sangue pode ser necessária para manter a estabilidade do coração e a oxigenação dos tecidos. O hospital segue normas rígidas de segurança e testes de compatibilidade. Embora raros, existem riscos de reações alérgicas ou febris e, em escala mínima, transmissão de infecções, apesar de toda a triagem realizada.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

A internação dependerá das patologias associadas e da doença que levou à indicação cirúrgica. A reabilitação começa precocemente com fisioterapia para evitar o encurtamento dos músculos e preparar o coto para a prótese. O paciente deve manter o coto posicionado conforme orientação para evitar deformidades.

Cuidados Críticos Pós-Operatórios:

1. Uso rigoroso de medicamentos analgésicos e anticoagulantes prescritos.
2. Utilização de meias elásticas de compressão conforme orientação.
3. Restrições de Movimento ou movimentação precoce seguindo orientações médicas

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

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;

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo 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;

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

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 coparticipação;

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. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

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).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL
Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:



Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.

Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*