



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTROSCOPIA DE ARTICULAÇÕES		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto envolve lesões, inflamações ou desgaste no interior de uma articulação (como joelho, ombro, tornozelo, quadril ou punho). Esta patologia pode ser decorrente de traumas, lesões de menisco, ligamentos ou cartilagem, inflamação da membrana sinovial ou presença de corpos livres intra-articulares, causando dor, inchaço, travamento e limitação de movimentos.

A cirurgia indicada é a Artroscopia de Articulações, um procedimento minimamente invasivo. Utiliza-se uma pequena câmera (artroscópio) e instrumentos cirúrgicos delicados, inseridos através de pequenas incisões (portais), para diagnosticar e tratar os danos articulares. O objetivo principal é reparar as estruturas lesadas, aliviar a dor e restaurar a função mecânica da articulação.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo da dor, a melhora da mobilidade articular, a correção de instabilidades e um retorno mais rápido às atividades cotidianas quando comparado a cirurgias abertas convencionais.

A probabilidade de sucesso é elevada, sendo a artroscopia um procedimento seguro e amplamente consolidado na ortopedia moderna. No entanto, a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica é individual e não se pode garantir a cura absoluta ou a eliminação de 100% dos sintomas residuais.

Os possíveis resultados do não tratamento (recusa cirúrgica) incluem a progressão da lesão, agravamento da dor crônica, atrofia muscular por desuso, rigidez articular, desenvolvimento de osteoartrose (desgaste) precoce e limitação funcional progressiva.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas, discutidas ou tentadas alternativas disponíveis para o seu caso, que incluem:

- Alternativas não cirúrgicas: Tratamento conservador com fisioterapia e reabilitação física; gerenciamento medicamentoso com analgésicos e anti-inflamatórios; infiltrações intra-articulares (ex.: corticosteroides ou ácido hialurônico); e modificação de atividades físicas.
- Alternativas cirúrgicas: A cirurgia aberta (artrotomia), que envolve incisões maiores, maior agressão aos tecidos, tempo de recuperação mais prolongado e risco aumentado de complicações, sendo geralmente reservada para casos em que a técnica artroscópica não é viável.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

O procedimento é realizado sob anestesia (que pode ser local, bloqueio regional ou geral, a depender da articulação e da avaliação anestésica). O cirurgião realiza pequenas incisões para a introdução do artroscópio e dos instrumentais. A articulação é preenchida com soro fisiológico para expandir o espaço e permitir a visualização e o tratamento das lesões.

Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas, o paciente deve estar ciente das seguintes complicações potenciais e riscos específicos:

- Infecção: Risco de infecção superficial nos portais (incisões) ou infecção profunda na articulação (artrite séptica), que pode exigir uso de antibióticos ou novas cirurgias para limpeza.



- Sangramento e Hemartrose: Acúmulo de sangue dentro da articulação, podendo causar inchaço e dor, com eventual necessidade de drenagem.
- Lesão Neurológica ou Vascular: Risco de lesão em nervos ou vasos sanguíneos adjacentes, podendo resultar em dormência, formigamento, alteração de sensibilidade ou fraqueza (temporária ou permanente).
- Eventos Tromboembólicos: Formação de coágulos (trombose venosa profunda), especialmente em cirurgias de membros inferiores, que podem migrar para os pulmões (embolia pulmonar).
- Rigidez Articular: Perda de amplitude de movimento pós-operatória ou desenvolvimento de Síndrome da Dor Regional Complexa.
- Falha do Material ou do Reparo: Risco raro de quebra de instrumentais dentro da articulação ou falha na cicatrização dos tecidos reparados, exigindo reintervenção.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A artroscopia é caracterizada por um sangramento mínimo. No entanto, em situações raras e emergenciais, pode ocorrer perda sanguínea que justifique a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados para manter a estabilidade hemodinâmica e a preservação da vida.

- Benefícios: Restabelecimento do volume sanguíneo e oxigenação dos tecidos.
- Riscos: Reações alérgicas, febre, incompatibilidade e, muito raramente, transmissão de doenças infecciosas.
- Alternativas: Quando clinicamente viáveis e disponíveis, podem ser utilizados expansores de volume (cristaloides e coloides) ou técnicas de recuperação de sangue intraoperatório. Todos os protocolos rigorosos de segurança transfusional serão seguidos.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

O período de internação costuma ser curto, frequentemente realizado em regime de hospital-dia (alta no mesmo dia) ou com internação de até 24 horas. O processo de recuperação envolve repouso inicial, uso de crioterapia (gelo), elevação do membro e início precoce de fisioterapia para restaurar a força e o movimento.

Educação sobre o Manejo da Dor Pós-Operatória: Declaro que fui informado(a) e educado(a), antes da realização do procedimento, sobre as opções disponíveis para o controle da dor após a cirurgia. O manejo da dor será feito de forma multimodal e poderá incluir:

- Uso de analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).
- Uso de analgésicos mais fortes (opioides) para dores intensas, com orientações claras sobre dosagem e desmame.
- Bloqueios anestésicos periféricos realizados durante a cirurgia, que prolongam o alívio da dor nas primeiras horas.
- Medidas físicas (aplicação de gelo e repouso adequado). *Esta educação foi compreendida e encontra-se documentada por meio da minha assinatura neste termo.*

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, âncoras de fixação, suturas e materiais especiais. 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 situações imprevisíveis e 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)*