



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DENERVAÇÃO E INFILTRAÇÃO COLUNA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é a ocorrência de uma fratura óssea, que consiste na perda da continuidade do osso decorrente de trauma, estresse ou patologia óssea prévia. Esta condição caracteriza-se por dor intensa no local acometido, inchaço, deformidade, instabilidade e grave limitação ou impossibilidade de movimentação do membro ou região afetada. A cirurgia indicada é o Tratamento Cirúrgico de Fratura (Osteossíntese), que consiste no realinhamento anatômico dos fragmentos ósseos e sua fixação mecânica por meio de implantes ortopédicos. O objetivo principal é estabilizar a fratura, aliviar a dor, promover a consolidação óssea adequada e restabelecer a função mecânica da região acometida.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo da dor, a correção da deformidade óssea, a estabilização do membro, a restauração da mobilidade e a prevenção de sequelas funcionais a longo prazo. A probabilidade de sucesso na consolidação óssea é elevada, sendo este um procedimento consagrado na ortopedia e traumatologia. Todavia, é fundamental compreender que a medicina não é uma ciência exata; a resposta biológica de cicatrização óssea é individual e não se pode garantir a eliminação de 100% de todo e qualquer desconforto ou a ausência de limitações residuais. A recusa ao tratamento cirúrgico implicará na manutenção da dor, risco de consolidação viciosa (osso colar torto) ou pseudoartrose (não consolidação do osso), atrofia muscular, rigidez articular permanente, encurtamento do membro e grave comprometimento da função e independência do paciente.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas alternativas não cirúrgicas (tratamento conservador), tais como: Imobilização com gesso, talas ou órteses. Repouso e restrição de carga no membro afetado. Gerenciamento medicamentoso com analgésicos e anti-inflamatórios. Uso de dispositivos de auxílio (bengalas, muletas, andadores). Contudo, dependendo do tipo de fratura, do desvio dos fragmentos e da instabilidade da lesão, o tratamento conservador pode ser insuficiente. Nesses casos, o Tratamento Cirúrgico permanece como a opção mais eficaz e segura para garantir o alinhamento adequado e a consolidação óssea, minimizando o risco de sequelas permanentes.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é realizado sob anestesia (bloqueio regional ou geral) e envolve incisão(ões) na região da fratura. O cirurgião acessa o osso fraturado, realiza a redução (realinhamento) dos fragmentos ósseos e procede com a fixação utilizando implantes metálicos (placas, parafusos, hastes ou fios). Em alguns casos, pode ser necessário o uso de enxerto ósseo. Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

1 - Complicações Locais Precoces

- Infecção da ferida (mais comum em fraturas expostas)
- Osteomielite
- Sangramento significativo / hematomas volumosos
- Síndrome compartimental
- Lesão vascular associada (isquemia, perfusão reduzida)
- Lesão nervosa associada
- Necrose cutânea por pressão dos fragmentos

**2 - Complicações Locais Tardias**

- Retardo de consolidação
- Pseudoartrose
- Consolidação viciosa (encurtamento, deformidades angulares, rotação)
- Rigidez articular pós-imobilização
- Artrose pós-traumática
- Síndrome dolorosa complexa regional (SDCR / distrofia simpático-reflexa)

3 - Complicações Sistêmicas

- Choque hipovolêmico (fraturas de fêmur, pelve, múltiplas)
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar
- Síndrome da embolia gordurosa (fraturas longas → hematúria, petéquias, insuficiência respiratória)
- Infecção sistêmica / sepse
- Complicações respiratórias (principalmente em politrauma)

4 - Complicações Relacionadas ao Tratamento

- Lesão cirúrgica iatrogênica (vasos, nervos, partes moles)
- Falha do material de síntese (soltura, quebra)
- Infecção pós-operatória profunda
- Rigidez por imobilização inadequada
- Úlceras de pressão por talas/gessos

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

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza da cirurgia, que envolve manipulação óssea e tecidual, pode ocorrer perda sanguínea significativa. A transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de triagem, compatibilidade e segurança transfusional serão rigorosamente seguidos para minimizar riscos de reações alérgicas ou transmissão de doenças. Como alternativas iniciais, expansores de volume e técnicas de conservação de sangue poderão ser utilizados.

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

O período médio de internação varia de acordo com a gravidade da fratura e o osso acometido. A reabilitação física inicia-se conforme orientação médica, podendo envolver restrição temporária de carga e uso de dispositivos de auxílio.

Cuidados Críticos Pós-Operatórios: Uso rigoroso de medicamentos anticoagulantes prescritos (quando indicados). Restrições de carga e movimento seguindo estritamente as orientações médicas. Cuidados com a ferida operatória e curativos. O paciente e/ou familiares foram informados e educados, antes da realização do procedimento, sobre as opções disponíveis para o manejo da dor pós-operatória; esta educação está documentada. As opções incluem o uso de analgésicos simples, anti-inflamatórios e opioides prescritos, além de medidas físicas como elevação do membro e aplicação de gelo local para alívio do desconforto e redução do inchaço.

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 (como placas, parafusos, hastes intramedulares, fios ou fixadores externos) 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)*