

## CIRURGIA DE OMBRO

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:

**OMBRO**

- Síndrome do impacto: presença de impacto entre os tendões internos do ombro contra o osso acrômio causando dor.
  - Indicação da cirurgia: Dor no ombro que não melhorou com o tratamento conservador (fisioterapia, anti-inflamatórios, infiltração, etc) pelo tempo mínimo de 3 meses.
- Lesão do manguito rotador: ruptura de um ou mais tendões internos do ombro geralmente causado por desgaste (degeneração)
  - Indicação da cirurgia: rupturas sintomáticas.
- Instabilidade do ombro
  - Indicação da cirurgia: luxações recidivantes, luxação primária em atleta.
- Lesão do lábrum: descolamento de uma cartilagem interna do ombro secundária a um trauma ou sobrecarga relacionada aos esportes.
  - Indicação da cirurgia: paciente com sintomas que prejudiquem as atividades do dia a dia ou atletas com incapacidade para manter a prática esportiva.
- Outras: fraturas desviadas do ombro, capsulite adesiva refratária, tendinite calcária refratária.

**COMPLICAÇÕES GERAIS DA CIRURGIA DO OMBRO:**

- Complicações Imediatas: Sangramentos pós-operatórios, infecções (podem exigir reoperações), abertura da ferida operatória.
- Complicações Mediatas: Ombro congelado, dor residual.
- Complicações Tardias: Dor residual (5%), relaxação (2 a 5%), nova ruptura do manguito rotador (10%), limitação dos movimentos, migração do material de fixação.
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (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).