

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
ARTROPLASTIA JOELHO

1. Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável Sr.(a) _____,

declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto nos artigos 9º e 39º, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico e tratamento do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico necessário. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e/ou hipótese(s) diagnóstica(s): **GENOARTROSE - ARTROSE - DESTRUÇÃO ARTICULAR DO JOELHO**, lateralidade () D () E.

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido. A **ARTROPLASTIA DO JOELHO** é a substituição total ou parcial da articulação do joelho, feita por meio de materiais artificiais, como metal ou plástico (polietileno). Tem o objetivo de restabelecer a função, corrigir alinhamentos, melhorando as dores e rigidez, e conseqüentemente a funcionalidade articular.

3. Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada. Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados. Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Estou ciente ainda de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

4. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésicos, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento. Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésicos, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento (dor residual, deformidade, perda funcional a médio/longo prazo).

5. Declaro que tenho ciência que o sucesso do procedimento também depende do pós-operatório, e portanto me comprometo a seguir corretamente as orientações médicas, quanto aos CUIDADOS que deverei adotar após o procedimento.

6. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

7. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

- 1 Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- 2 Dor no período pós-operatório;
- 3 Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
- 4 Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- 5 Sangramento;

- 6 Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias, (Dados mundiais- 0,41%);
- 7 Infecção (Dados mundiais – 1-2%);
- 8 Encurtamento do membro inferior e desvios angulares do joelho;
- 9 Lesão do vaso ou nervo posterior - quando um nervo é machucado, perfurado ou seccionado (cortado) causando anestesia ou paralisia;
- 10 Falha dos Implantes – Quando um ou todos os componentes falham, soltam, tanto por uso quanto por qualquer processo inflamatório e ou infeccioso ou ambos;
- 11 Perda funcional - quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas;
- 12 Persistência de dor;
- 13 Frouxidão - quando é feita a cirurgia para deixar o joelho firme e ele não fica muito firme;
- 14 Alergia: Reações alérgicas às medicações utilizadas e ou a qualquer componente da prótese – liga metálica (cobre, cobalto, titânio, aço, cromo)

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito. Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno 0,4% para Artroplastia de Joelho, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo em caso de qualquer necessidade.

. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

8. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

9. INFECCÃO

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance - Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas - 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas - 10% (aquelas que necessitam de drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas - 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
4. Cirurgias infectadas - 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Paciente Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____

Identidade nº _____

BELO HORIZONTE ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____

Assinatura _____ CRM _____