

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPIOS DE 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 39, 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 e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. 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):

\_\_\_\_\_,  
lateralidade ( ) D ( ) E.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 22º e 24º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

1 - DEFINIÇÃO

É a cirurgia que se faz na articulação acima relacionadas, podendo realizar sutura meniscal, sinovectomia (retirada parcial ou total da sinovial) realinhamento patelofemoral, fixação de fraturas osteocondrais, remodelação de menisco discóide, reconstruções ligamentares ao nível do joelho. Tais procedimentos são primariamente realizados por videoartroscopia, podendo em situações especiais

necessitar de abordagem convencional aberta. Estes procedimentos objetivam melhoria algica, de estabilidade e consequentemente funcional.

## 2 - COMPLICAÇÕES

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. 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 anestesiológico. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado. 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, degeneração, instabilidade, com consequente perda funcional).

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

1. Infecção;
2. Perda funcional - quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas;
3. Tvp e TEP- trombose venosa profunda em membros e/ou pulmonar;
4. Hemartrose - sangramento que se acumula dentro da articulação;
5. Perda ou quebra de material cirúrgico na articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação ou fios utilizados durante cirurgia;
6. Acentuação de fibrose de quando a articulação está presa, dura, não dobra e não estica normal;
7. Soltura de fragmento - quando um pedaço de osso ou de cartilagem fixado sai do lugar, seja por má fixação ou por uso inadequado do joelho pelo paciente;
8. Persistência de dor;
9. Frouxidão - quando é feita a cirurgia para deixar o joelho firme e ele não fica muito firme;
10. Soltura de fixação - quando o enxerto para o ligamento é preso a um pino ou por um parafuso no osso, mas se solta, seja por má fixação, seja por muito esforço nos movimentos de recuperação;
11. Lesão do vaso ou nervo posterior - quando um nervo é machucado, perfurado ou seccionado (cortado) causando anestesia ou paralisia;
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
13. Alergia: Reações alérgicas às medicações utilizadas e ou a qualquer componente da prótese – liga metálica (cobre, cobalto, titânio, aço, cromo)

### 3 - INFECÇÃO HOSPITALAR

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 Infecciosos 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).

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

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os

mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) 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

BELO HORIZONTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_