

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 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 relacionada sendo realizada o realinhamento patelofemoral, ou seja, a melhoria da estabilidade da patela. É feito através de cirurgia artroscópica (vídeo) e aberta reconstrução de um ligamento chamado de patelo femoral com objetivo de reconstruir um dos principais estabilizadores da patela. Estes procedimentos objetivam melhoria algica, de estabilidade e conseqüentemente 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 anesthesiologista. 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 Infections 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 traumatizadas 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 entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se 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: ____: ____