

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO DE ESCOLIOSE

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**CORREÇÃO DE ESCOLIOSE**”, 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. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º 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:

DEFINIÇÃO: Trata-se de um procedimento cirúrgico que tem como objetivo realinhar a coluna da paciente.

Durante o procedimento, é feita uma incisão nas costas da paciente, que permite o acesso a coluna. Em seguida, é feito o alinhamento através de implantes metálicos inseridos permanentemente nas vértebras. Após o alinhamento, a incisão é fechada com fios de sutura, que serão absorvidos pelo seu próprio corpo. Uma segunda incisão pode ser necessária, caso haja necessidade de retirar enxerto ósseo, na região da pelve (cintura). O procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, de acordo com o caso individual do paciente.

COMPLICAÇÕES:

- Cirurgia secundária;
- Dor;
- Inchaço;
- Sangramento;
- Seroma e Edema;
- Cicatrização demorada;
- Dormência;
- Déficit neurológico;
- Necrose de tecido;
- Complicações venosas;
- Processo infeccioso;
- Reações alérgicas;
- Anestesia;
- Choque anafilático.

Fui cientificada pelo médico sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como infecções, que caso ocorram, pode necessitar de uso de antibióticos por tempo prolongado.

Fui esclarecida também de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que, eventualmente, não impedem a realização de cirurgias, **podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente no que tange ao processo de cicatrização.**

O fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos que certamente irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminuindo a expansão dos pulmões e com acúmulo de secreções, aumento dos riscos de pneumonia.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO DE ESCOLIOSE

Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde da paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).

CICATRIZAÇÃO:

Declaro que fui esclarecida de que, como resultado da cirurgia, haverá cicatrizes nos locais das incisões, que serão permanentes. Todos os esforços serão para diminuir as cicatrizes, quando possível ou aplicável.

Poderá haver complicações inerentes as cicatrizes, tais como hipertrofia, retração da cicatriz, queloides, escurecimento, alargamento, abscesso (ruptura na pele) e necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

CONTRAINDICAÇÕES:

É imprescindível que a paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez, bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situações podem prejudicar sua recuperação.

A realização do procedimento não é indicada nos seguintes casos:

- Infecção ou ferida na pele próxima a área tratada;
- Distúrbios de sangramento grave;
- Pacientes Idosos;
- Alergia a algum medicamento, incluindo anestésicos.

Serão analisadas individualmente, situações como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

Para a realização do procedimento, é necessária a avaliação de todos os exames para a constatação do perfeito estado de saúde do paciente. Eventuais alterações deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

CUIDADOS ANTES DO PROCEDIMENTO:

Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender Ômega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que contenham AAS (ácido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagulação e causar sangramentos;

Estar em jejum completo, se assim for determinado pelo médico anestesista;

Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos de uso contínuo ou eventual, possibilidade de estar grávida (se mulher) ou qualquer sinal de infecção (herpes, conjuntivite).

CUIDADOS APÓS O PROCEDIMENTO:

Fazer repouso, caso assim seja recomendado pelo médico e pelo período determinado pelo mesmo;

A paciente deverá manter a área tratada imobilizada com o uso do colete especial, que será indicado pelo médico, durante o tempo determinado pelo mesmo;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO DE ESCOLIOSE

A paciente deve manter o local das incisões limpas e secas. O médico cirurgião responsável pelo procedimento irá informar quando a paciente poderá tomar banho e quando trocar o curativo.

Fazer uso de antibióticos para prevenir infecções, e medicamentos analgésicos para o alívio do desconforto pós-operatório, que serão prescritos pelo médico.

Poderá ser necessária a realização de fisioterapia, de acordo com a prescrição médica.

A paciente deverá retornar no consultório nos dias pré-agendados para as orientações ambulatoriais e para uma boa reabilitação;

Evitar esforços com a região tratada. Dessa forma, a paciente não deve realizar atividades físicas, nem relações sexuais, até a liberação médica.

DO COMPROMISSO COM O TRATAMENTO:

Declaro que fui devidamente cientificada de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às consultas previamente agendadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento às revisões e as consequências dessa omissão no tratamento, **estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas será considerado como abandono do tratamento.**

Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificada de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão me trazer prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

DA INEXISTÊNCIA DE PROMESSA DE RESULTADO:

Declaro que fui esclarecida de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada indivíduo, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia.

Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional individual ao tratamento e ao ato cirúrgico propriamente dito. O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Declaro em prontuário, as informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, e álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecida sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

Declaro que fui devidamente esclarecida de que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários.

Por tal razão, AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como uso de hemoderivados, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.

Declaro, por fim, ter compreendido todas as informações que me foram pessoalmente prestadas pelo profissional durante as consultas, de forma oral e por escrito, confirmando que me foi dada a oportunidade para fazer questionamentos e esclarecer dúvidas. **E sendo assim, compreendo e aceito os riscos e possíveis complicações inerentes a este procedimento, expressando o meu consentimento para sua realização.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO DE ESCOLIOSE

CBHPM – _____
CID – _____

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.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome/RG

Nome/RG

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.