



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ARTROSCOPIA DE OMBRO, CINTURA,  
ESCAPULAS, QUADRIL, TEMPORO-  
MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DE MÃO

TER.ESP.0134/01  
Implantação: 09/2011  
1ª Revisão: 01/2018

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 “**ARTROSCOPIA DE OMBRO, CINTURA, ESCAPULAS, QUADRIL, TEMPORO-MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DE MÃO**”, 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:** é a cirurgia realizada por vídeo artroscopia para visualizar a parte interna da articulação, para ajudar no diagnóstico da doença.

### COMPLICAÇÕES:

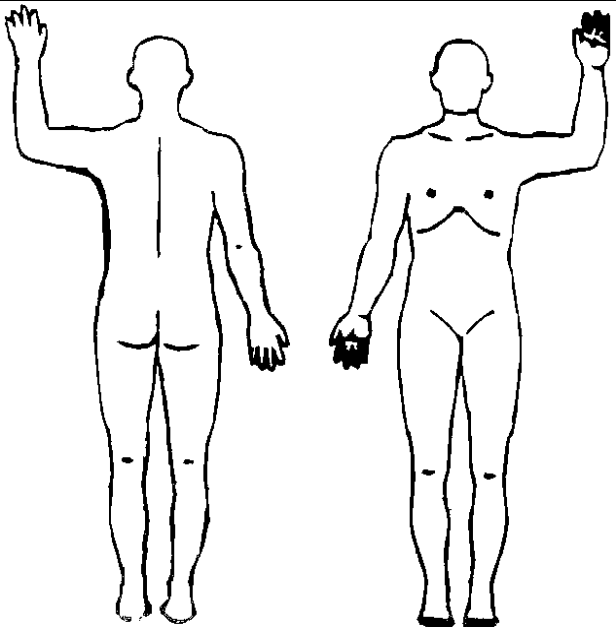
1. Perda ou quebra de material intra-articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação.
2. Infecção.
3. Perda funcional - quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas.
4. TVP - trombose venosa profunda.
5. Hemartrose - sangramento que se acumula dentro da articulação.
6. Lesão nervosa - quando um nervo é machucado, perfurado ou seccionado (cortado) causando anestesia ou paralisia.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).


CBHPM: 3.07.08.07-9

CID: M24.9

Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado:

| DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE                             |  |
|--|--|
| CIRURGIA DO MEMBRO:                                    | IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: <input checked="" type="radio"/> |
| <b>LADO DIREITO</b>                                    | <b>LADO ESQUERDO</b>   |
| <input type="checkbox"/> Olho direito                  | <input type="checkbox"/> Olho esquerdo   |
| <input type="checkbox"/> Orelha direita                | <input type="checkbox"/> Orelha esquerda                                       |
| <input type="checkbox"/> Pulmão direito                | <input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo                                       |
| <input type="checkbox"/> Ombro direito                 | <input type="checkbox"/> Ombro esquerdo  |
| <input type="checkbox"/> Braço direito                 | <input type="checkbox"/> Braço esquerdo  |
| <input type="checkbox"/> Antebraço dir.                | <input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo                                    |
| <input type="checkbox"/> Mão direita<br>Se Dedo, qual: | <input type="checkbox"/> Mão esquerda<br>Se Dedo, qual:                        |
| <input type="checkbox"/> Mama direita                  | <input type="checkbox"/> Mama esquerda   |
| <input type="checkbox"/> Rim direito                   | <input type="checkbox"/> Rim esquerdo  |
| <input type="checkbox"/> Glúteo direito                | <input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo                                       |
| <input type="checkbox"/> Coxa direita                  | <input type="checkbox"/> Coxa esquerda   |
| <input type="checkbox"/> Perna direita                 | <input type="checkbox"/> Perna esquerda  |
| <input type="checkbox"/> Joelho direito                | <input type="checkbox"/> Joelho esquerdo                                       |
| <input type="checkbox"/> Pé direito<br>Se Dedo, qual:  | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo<br>Se Dedo, qual:                         |
| <input type="checkbox"/> Outros:                       |  |



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p style="text-align: center;"><b>TERMO DE CONSENTIMENTO<br/>LIVRE E ESCLARECIDO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ARTROSCOPIA DE OMBRO, CINTURA,<br/>ESCAPULAS, QUADRIL, TEMPORO-<br/>MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DE MÃO</b></p> | <p style="text-align: right;">TER.ESP.0134/01<br/>Implantação: 09/2011<br/>1ª Revisão: 01/2018</p> |
|---|---|--|

### Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara 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).

Declara, 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, declara 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.

Chapecó (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica - Art. 22.** 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. 34.** 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.