

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA PARA PÉ PLANO OU PÉ CAVO

TER.ESP.0140/01 Implantação: 09/2011

1ª Revisão: 01/2018

Por este	instr	ument	to par	ticula	o (a) pac	iente .							ou seu	resp	onsável Sr
(a)						,	declara	ı, para	todos os	fins	legais,	espec	ialmente	do d	disposto no
artigo	39,	۷I,	da	Lei	8.078/90	que	dá	plena	autoriz	zação	ao	(à)	médico(a)	assistente
Dr.(a)															roceder a
					iagnóstico										
designad	lo "CI	RURG	IA PAF	RA PÉ I	PLANO OU	PÉ CA	VO ", e	todos o	s proced	imento	os que	o inclu	iem, incl	usive	anestesia
ou outra	s con	dutas	médic	as que	tal tratam	ento r	nédico	possa re	equerer,	poder	ido o r	eferido	profissi	onal	valer-se do
					le saúde. D										
					Ética Médio										
de méto	odos a	alterna	ativos,	, suge	riu o trata	mento	médic	o-cirúr	gico ante	eriorm	ente d	citado,	prestan	do ii	nformaçõe
detalhad	das sc	bre c	o diag	nóstic	o e sobre	os pr	ocedim	entos a	serem	adota	ados n	o trat	amento	suge	rido e ora
autoriza	do, es	special	lmente	e as qu	ie se seguei	n:									

DEFINIÇÃO: na correção cirúrgica do pé cavo ou pé plano, os procedimentos podem ser feitos em músculos, tendões, ligamentos, cápsulas articulares e ossos isoladamente ou conjuntamente.

COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção e necrose de pele
- 2- Recidiva (principalmente em doenças neuro-musculares progressivas)
- 3- Síndrome compartimental pode acontecer depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras seis - oito horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 4- Edema
- 5- Perda de movimentos em graus variáveis
- 6- Não consolidação das osteotomias
- 7- Lesões vasculo-nervosas.
- 8- Trombose venosa.
- 9- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM: 3.07.29.22-0 CID: M21.4

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: ①					
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO	AND.					
() Olho direito	() Olho esquerdo						
() Orelha direita	() Orelha esquerda						
() Pulmão direito	() Pulmão esquerdo						
() Ombro direito	() Ombro esquerdo						
() Braço direito	() Braço esquerdo						
() Antebraço dir.	() Antebraço esquerdo						
() Mão direita	() Mão esquerda	1					
Se Dedo, qual:	Se Dedo, qual:						
() Mama direita	() Mama esquerda						
() Rim direito	() Rim esquerdo						
() Glúteo direito	() Glúteo esquerdo	1 \ /\ / \ \ \ /\ /					
() Coxa direita	() Coxa esquerda	1 _1_/ \ \					
() Perna direita	() Perna esquerda	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
() Joelho direito	() Joelho esquerdo	1 ()()					
() Pé direito	() Pé esquerdo	1 \{\}/					
Se Dedo, qual:	Se Dedo, qual:	1144					
() Outros:	•						



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA PARA PÉ PLANO OU PÉ CAVO

TER.ESP.0140/01 Implantação: 09/2011 1ª Revisão: 01/2018

Infecção relacionada à assistência á 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	Ass. Medico Assistente
Nome:	_ Nome:
RG/CPF:	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. 9° - 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. 39° - 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.