



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
CIRURGIA DE LESÃO CONDRAL COM MICROFRATURAS  
OU ARTROPLASTIA POR ABRASÃO**

TER.ESP.0158/01  
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 "CIRURGIA DE LESÃO CONDRAL COM MICROFRATURAS OU ARTROPLASTIA POR ABRASÃO", 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 no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e nos arts. 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 por vídeo em joelho que se faz para tratamento de doença da cartilagem em estado avançado. A articulação do joelho é lisa, porém quando doente por degeneração ou traumatismo, sofre erosão localizada da cartilagem e do osso (erosão osteocondral) permanecendo uma cratera (buraco), que é submetido a uma raspagem e em seguida um tratamento para formar no local uma fibrose (pseudocartilagem), uma capa de proteção. Este procedimento pode ser por perfurações múltiplas do osso para estimular o sangramento local (chama-se de microfraturas) ou abrasão, que é a raspagem do osso para estimular o sangramento (estesangramento é que forma a capa protetora).

**COMPLICAÇÕES:**

1. Infecção.
2. Perda funcional - quando o joelho não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas.
3. Tvp - trombose venosa profunda.
4. Hemartrose - sangramento que se acumula dentro da articulação. Pode ser necessária aspiração no pós operatório.
5. Progressão da doença, apesar de ter sido abordada cirurgicamente.
6. Perda ou quebra de material cirúrgico na articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - \_\_\_\_\_

CID - M24.1

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 Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Mão esquerda 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 Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual:
<input type="checkbox"/> Outros:	



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
CIRURGIA DE LESÃO CONDRAI COM MICROFRATURAS  
OU ARTROPLASTIA POR ABRASÃO**

TER.ESP.0158/01  
Implantação: 09/2011  
1ª Revisão: 01/2018

**Infeção 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, comprometendo-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. 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.