



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
FRATURA DE OSSO DO PÉ**

TER.ESP.0187/01  
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 "FRATURA DE OSSO DO PÉ", 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 34 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:** a cirurgia tem o objetivo de deixar os ossos alinhados nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, pinos ou fixadores externos. Está indicado nos casos de traumatismos causando as fraturas de um ou mais ossos do tornozelo.


**COMPLICAÇÕES:**

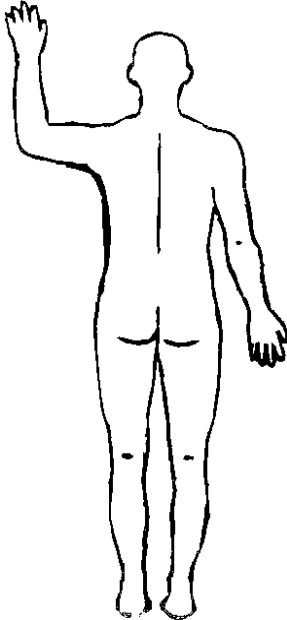
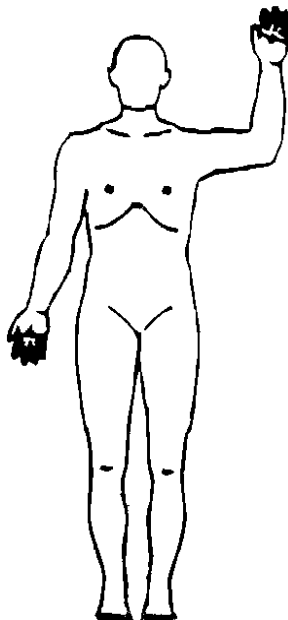
- 1- Infecção
- 2- Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 - 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 5- A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau de nutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado.
- 6- Novas cirurgias poderão ser necessárias para corrigir problemas que surgem com o passar do tempo ou com uma evolução desfavorável, como infecção, artrose, pseudo artrose, rigidez articular.
- 7- As fraturas expostas, onde a pele se rompe e o osso entra em contato com o meio ambiente, são muito mais graves que as fraturas fechadas. A chance de infecção é maior, os tecidos sofrem mais necrose e as complicações são mais freqüentes. Múltiplos procedimentos cirúrgicos podem ser requeridos.
- 8- Possibilidade de cicatrizes

CBHPM \_\_\_\_\_

CID - S82.2

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:  |
| LADO DIREITO   | LADO ESQUERDO   |
| <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:                       |   |



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
FRATURA DE OSSO DO PÉ**

TER.ESP.0187/01  
Implantação: 09/2011  
1ª Revisão: 01/2018

**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.