

## TCLE\* – ARTROPLASTIA PARCIAL/TOTAL DE JOELHO

\*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **ARTROPLASTIA - PARCIAL ( ) - TOTAL ( ) DE JOELHO** ao qual serei submetido(a), declarando ainda, 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, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o n.º \_\_\_\_\_ a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:** A artroplastia de joelho é um procedimento cirúrgico que envolve a substituição da articulação do joelho por uma prótese. Durante a cirurgia, o osso danificado e a cartilagem desgastada são removidos e substituídos por componentes protéticos feitos de metal, plástico ou cerâmica. Os componentes são fixados nos ossos com cimento ósseo ou encaixados com precisão. Após a cirurgia, é necessário um período de reabilitação para recuperar a força muscular e a amplitude de movimento do joelho. É importante seguir as orientações médicas durante o processo de recuperação.

**POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:** 1. Septicemia: pode ocorrer uma infecção e a bactéria se espalhar pelo corpo através do sangue / 2. TVP: trombose venosa profunda / 3. Limitação funcional (perda parcial do movimento do joelho) / 4. Falta de correção: o joelho pode não ficar no alinhamento ideal / 5. Soltura da prótese – por infecção, infecção subclínica ou por mal alinhamento e sobrecarga da prótese. Esta pode se soltar e ocorre dor no joelho / 6. Fratura do fêmur ou da tíbia próximo à prótese / 7. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira) / 8. Hemartrose (sangramento que se acumula dentro da articulação). Pode ser necessária aspiração no pós-operatório / 9. Progressão da doença, apesar de ter sido abordada cirurgicamente.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

**DESCRIÇÃO ANESTÉSICA:** Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

TCLE. 33 – 22/08/2023 – APROVAÇÃO: DR. MARCO ANTONIO BENEDETTI FILHO – DIRETOR CLÍNICO

**DECLARO AINDA QUE:**

- 1) Estou ciente que o tratamento adotado não assegura a cura e se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 2) Autorizo a realização exames complementares e biópsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 3) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.
- 4) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

**PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:**

(  ) Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

(  ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

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