

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE COLUMNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.025 Página 1 de 5
---	---	---

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **CIRURGIA ELETIVA DE COLUMNA VERTEBRAL**, a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai,mãe) ou responsável legal.

Definição e objetivo do procedimento: Este termo refere-se a procedimentos eletivos realizados na coluna cervical, torácica ou lombar, com o objetivo de tratar patologias degenerativas, compressivas, deformidades ou instabilidades vertebrais. Os procedimentos podem incluir discectomias, artrodeses (fusão vertebral), laminectomias, foraminotomias, colocação de parafusos pediculares, cages intersomáticos, próteses discais ou remoção de tumores.

Indicações:

- Hérnias de disco com compressão neurológica e dor refratária
- Estenose de canal vertebral
- Espondilolistese ou instabilidade segmentar
- Escoliose ou cifose dolorosa
- Dor lombar crônica com indicação cirúrgica
- Tumores vertebrais ou medulares
- Falha do tratamento conservador prolongado

Benefícios:

- Redução da dor e da compressão neurológica
- Melhora da função motora e sensitiva
- Recuperação da capacidade para atividades cotidianas
- Prevenção da progressão de deformidades e déficits neurológicos

Riscos e Complicações: Cirurgias de coluna envolvem riscos significativos, principalmente quando há manipulação neurológica:

- Infecção (2 a 6%)
- Hematomas ou sangramentos (até 10%)
- Lesões neurológicas temporárias ou permanentes (1 a 5%)
- Perfuração dural e fistula liquórica (1 a 3%)
- Falha de implantes ou não fusão óssea (5 a 15%)

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE COLUMNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.025 Página 2 de 5
---	---	---

- Dor persistente ou dor pós-laminectomia (até 20%)
- Reoperação por complicações (5 a 10%)
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (1 a 3%)
- Reações adversas a materiais implantáveis (raro, <1%)
- Complicações anestésicas (vide termo específico)
- Óbito (raro, entre 0,3 a 1%)

Alternativas ao procedimento: Fisioterapia, analgesia, bloqueios anestésicos, infiltrações, reabilitação funcional, RPG, acupuntura e outras terapias podem ser tentadas antes da indicação cirúrgica, conforme o caso clínico.

Consequências da não realização: Manutenção ou agravamento da dor, limitação funcional, progressão de deformidades, risco de comprometimento neurológico e perda de autonomia.

Uso de materiais e tecnologias: Autorizo o uso de implantes (parafusos, hastes, cages), enxertos ósseos, materiais de fusão, próteses intervertebrais e quaisquer outros recursos, mesmo que não especificados previamente, conforme avaliação intraoperatória da equipe médica.

Conversão cirúrgica e outros procedimentos: Estou ciente de que a estratégia cirúrgica pode ser modificada durante o ato operatório, incluindo mudança de acesso, necessidade de descompressões adicionais, inclusão de novos níveis, uso de novos materiais. Autorizo tais condutas conforme necessidade.

Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:

Cuidados com a ferida cirúrgica:

- **Limpeza:** Mantenha a área da incisão limpa e seca, lavando com água e sabão neutro e secando cuidadosamente com uma toalha limpa.
- **Curativos:** Siga as orientações do médico sobre a troca e cuidados com os curativos.
- **Evite banhos de imersão:** Evite banhos de banheira, piscinas e outros locais onde a ferida possa ficar submersa até a completa cicatrização.

Repouso e atividades:

- **Repouso:** É fundamental respeitar o período de repouso recomendado pelo médico, que pode variar de algumas semanas a alguns meses, dependendo do tipo de histerectomia e da recuperação individual.
- **Evite esforços:** Evite levantar peso, fazer atividades físicas intensas e relações sexuais durante o período de recuperação.
- **Pequenas caminhadas:** Após a alta hospitalar, caminhar levemente dentro de casa pode ajudar a prevenir complicações como trombose, mas evite esforços excessivos.
- **Retomada gradual:** A retomada das atividades diárias deve ser gradual. É recomendado evitar atividades intensas por pelo menos 45 dias e aguardar 90 dias para a cicatrização completa dos tecidos.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE COLUMNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.025 Página 3 de 5
---	---	---

Alimentação:

- **Alimentação equilibrada:** Mantenha uma dieta variada e rica em fibras, como frutas, verduras e cereais, para promover o bom funcionamento intestinal.
- **Hidratação:** Beba bastante líquido, especialmente água, para ajudar na recuperação e evitar a constipação

Outros cuidados:

- **Medicamentos:** Siga rigorosamente a prescrição médica para o uso de analgésicos e outros medicamentos necessários para o controle da dor e outros sintomas.
- **Controle da dor:** A dor é comum no pós-operatório, mas pode ser gerenciada com medicamentos prescritos pelo médico.
- **Acompanhamento médico:** Compareça às consultas de acompanhamento para avaliação da cicatrização, controle de sintomas e detecção de possíveis complicações.
- **Sintomas de alerta:** Fique atenta a sinais de infecção, como febre, vermelhidão na ferida, dor intensa ou secreção, e procure assistência médica imediatamente.
- **Recuperação sexual:** Converse com seu médico sobre a retomada da atividade sexual e utilize lubrificantes, se necessário, para evitar desconforto.

É importante lembrar que a recuperação de uma miomectomia pode variar de mulher para mulher. Seguir as orientações médicas e manter um acompanhamento adequado são fundamentais para uma recuperação segura e eficaz.

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.025 Página 4 de 5
---	---	---

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **CIRURGIA ELETIVA DE COLUNA VERTEBRAL**. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.025
		Página 5 de 5

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.

PACIENTE
1. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
MÉDICO
Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____