

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE OMBRO E COTOVELO	Padrão nº: FOR.GOV.C.029 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 OMBRO E COTOVELO**, 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 se refere a procedimentos cirúrgicos eletivos realizados nas articulações do ombro e cotovelo, com o objetivo de tratar lesões ortopédicas como artroses, rupturas tendíneas, lesões ligamentares, instabilidades articulares, contraturas, deformidades e sequelas traumáticas. Os procedimentos podem incluir artroscopias, reparos tendíneos (ex: manguito rotador), artroplastias, liberação articular, osteotomias e fixações com implantes metálicos.

Indicações:

- Ruptura completa ou parcial do manguito rotador
- Luxações recidivantes do ombro ou cotovelo
- Epicondilites refratárias ao tratamento conservador
- Artrose glenoumeral ou umeroulnar dolorosa e limitante
- Rigidez articular e contraturas
- Sequelas de fraturas com deformidade ou dor crônica
- Lesões ligamentares com instabilidade

Benefícios:

- Redução ou eliminação da dor
- Melhora da mobilidade e função do membro superior
- Recuperação da capacidade para atividades da vida diária e trabalho
- Prevenção de deterioração articular e muscular

Riscos e Complicações: Mesmo com técnica adequada e equipe qualificada, toda cirurgia envolve riscos.

- Infecção (1 a 5%)
- Sangramento e hematoma (até 5%)
- Lesão de nervos periféricos (1 a 3%)
- Rigidez articular residual (5 a 10%)
- Falha da sutura ou relesão (5 a 15%)

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ELETIVA DE OMBRO E COTOVELO	Padrão nº: FOR.GOV.C.029 Página 2 de 5
---	--	---

- Dor persistente ou crônica (5 a 10%)
- Necessidade de reoperação (5 a 10%)
- Reações a materiais implantáveis (raro, <1%)
- Trombose venosa profunda ou embolia (raro, <1%)
- Complicações anestésicas (vide termo específico)
- Óbito (evento extremamente raro, <0,01%)

Alternativas ao procedimento: Fisioterapia, medicações analgésicas e anti-inflamatórias, infiltrações e restrições de atividades podem ser tentadas antes da cirurgia, com indicação cirúrgica nos casos refratários.

Consequências da não realização: Persistência ou piora da dor, limitação funcional progressiva, rigidez articular, degeneração muscular (ex: atrofia do manguito) e dependência para atividades rotineiras.

Uso de materiais e tecnologias: Autorizo o uso de implantes metálicos, âncoras, próteses, enxertos ósseos ou tendíneos, e quaisquer materiais necessários, mesmo que não especificados previamente, conforme avaliação intraoperatória da equipe médica.

Conversão cirúrgica e outros procedimentos: Estou ciente de que o planejamento cirúrgico pode sofrer alterações durante o procedimento, como conversão de artroscopia para cirurgia aberta, necessidade de retirada óssea, enxerto ou fixação adicional. Autorizo a equipe médica a adotar condutas conforme necessário.

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 OMBRO E COTOVELO	Padrão nº: FOR.GOV.C.029
		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 do procedimento pode variar de um paciente para outro. 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 OMBRO E COTOVELO	Padrão nº: FOR.GOV.C.029 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 OMBRO E COTOVELO**. 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 OMBRO E COTOVELO	Padrão nº: FOR.GOV.C.029
		Página 5 de 5

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTE TERMO,
AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.**

PACIENTE
1. Confirmo 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: ____:____