

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FRATURA DE PELVE E COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.034 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 PARA TRATAMENTO DE FRATURA DE PELVE E COLUNA** 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: O procedimento tem como objetivo o tratamento cirúrgico de fraturas ou instabilidades da pelve e/ou da coluna vertebral. As intervenções podem envolver a fixação com parafusos, placas, hastes, parafusos pediculares, instrumentações intersomáticas, enxertos ósseos ou outros materiais, podendo ser realizadas por via posterior, anterior ou mista. São lesões que, em geral, envolvem risco potencial à integridade neurológica e à estabilidade do tronco.

Indicações:

- Fratura de colo do fêmur
- Fraturas trocantéricas e subtrocantéricas
- Fraturas diafisárias do fêmur
- Fraturas patológicas ou osteoporóticas
- Fraturas associadas à queda em idosos
- Fraturas com risco de necrose avascular ou consolidação viciosa
- Falha do tratamento conservador

Benefícios:

- Estabilização da fratura para permitir a deambulação precoce
- Redução da dor e melhora da qualidade de vida
- Prevenção de complicações como trombose, úlcera de pressão e pneumonia
- Redução do risco de dependência funcional e mortalidade hospitalar

Riscos e Complicações: Mesmo sendo realizados por equipe experiente, os procedimentos apresentam riscos, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades.

- Infecção (2 a 6%)
- Sangramento com necessidade de transfusão (até 20%)
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar (2 a 10%)
- Luxação ou falha do implante (1 a 5%)

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FRATURA DE Pelve e Coluna	Padrão nº: FOR.GOV.034 Página 2 de 5
---	---	---

- Lesões neurovasculares (1 a 2%)
- Consolidação inadequada ou pseudartrose (3 a 8%)
- Dor crônica (até 10%)
- Necessidade de reoperação (5 a 15%)
- Complicações anestésicas (vide termo específico)
- Reações alérgicas a medicações ou materiais implantáveis (raras, <1%)
- Óbito (0,5 a 5%, podendo ser maior conforme idade e comorbidades)

Alternativas ao procedimento: Em alguns casos, o tratamento conservador pode ser considerado, mas está associado a maiores índices de mortalidade e perda funcional, especialmente em pacientes idosos.

Consequências da não realização: Impossibilidade de caminhar, dor intensa, risco de complicações respiratórias, infecciosas, tromboembólicas e aumento da mortalidade.

Uso de materiais e tecnologias: Autorizo o uso de implantes, próteses, enxertos ósseos e materiais complementares, mesmo que não especificados previamente, conforme julgamento da equipe médica durante o procedimento

Conversão cirúrgica e outros procedimentos: Estou ciente de que, durante a cirurgia, podem ser necessárias mudanças de estratégia, como conversão de fixação para artroplastia, adição de enxertos ou troca de implantes. autorizo a equipe médica a proceder 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 da cirurgia e da recuperação individual.
- **Evite esforços:** Evite esforços que não seja orientado pela equipe médica.
- **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.

Alimentação:

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FRATURA DE PELVE E COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.034
		Página 3 de 5

- **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.

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) FRATURA DE PELVE E COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.034 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 PARA TRATAMENTO DE FRATURA DE PELVE E COLUNA**. 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) FRATURA DE PELVE E COLUNA	Padrão nº: FOR.GOV.C.034
		Página 5 de 5

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTE TERMO,
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: ____:____