

TERMO DE ESCLARECIMENTO CIRURGICO

Termo de Esclarecimentos e de Consentimento Cirúrgico ou Terapêutico.

* IMPORTANTE:

- Leia atentamente este termo;
- Rubrique todas as páginas e assine no espaço indicado no final do documento.
- Não esqueça de anexar este termo assinado e rubricado, aos outros documentos e exames solicitados pelo seu médico.

Pelo presente termo, eu (nome completo do paciente)

_____,
nacionalidade _____, estado civil _____, portador da célula de
identidade (RG) n° _____, inscrito no CPF
n° _____, residente e domiciliado à
(endereço) _____

_____, ou seu
representante legal (nome completo), _____
_____, portador da
cédula de identidade RG n° _____, inscrito no CPF/MF sob n°
_____, declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em
consulta neste serviço médico por mim escolhido, fui informado(a) que sou portador da MOLÉSTIA

_____. Sendo assim
após a realização de exames complementares necessários à investigação e conclusão diagnóstica,
sabendo das alternativas de tratamentos propostas, devidamente esclarecido (a) e informado (a)
sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do
PROCEDIMENTO CIRURGICO/ PROPOSTA TERAPEUTICA,
denominado _____

_____, com o qual
concordo a ser submetido, pelo que autorizo a equipe médica e demais profissionais, a realizarem
o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pré e pós-operatórias
necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por
ocasião de meu acompanhamento. Sou sabedor (a) que devo informar antes da realização da
cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos
podem causar problemas no período intra e pós-operatório, como por exemplo, sangramentos
durante a cirurgia, assim como todas as substâncias que causam alergias. Também fui informado
(a) que as cirurgias, independentemente de todos os cuidados a serem tomadas, experiência
profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a
complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu
aparecimento.

No caso específico da cirurgia indicada para meu tratamento, fui informado (a) que as complicações
mais freqüentes e possíveis de se prever e que me foram explicadas pelo médico quanto aos seus
significados são:

QUANTO AO ATO ANESTÉSICO

- 1 - Anestesia geral - reação alérgica às drogas, parada cardíaca, não metabolismo das drogas anestésicas, lesão hepática em diferentes graus de comprometimento, hepatite medicamentosa, hipotensão arterial, hipertensão arterial, hipertermia medicamentosa, hipotermia, lesão das cordas vocais, vômito, pneumonia aspirativa, necessidade de infusão de sangue homólogo e suas complicações (hepatite a, b, c, doença de chagas, AIDS, reação alérgica, edema de glote), flebites devido manipulação de veias, necessidade de flebotomia, edema de glote, arritmia cardíaca, enfarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, trombose venosa superficial e profunda.
- 2 – Anestesia peridural, raquianestesia, plexular, anestesia tipo bier, troncular - todas as complicações acima citadas e mais; lesão nervosa periférica, crise convulsiva, meningite bacteriana e medicamentosa, cefaléia, perfuração da dura matter.

QUANTO A CICATRIZ CIRÚRGICA

Hiperemia cicatricial, alergia tópica ao iodo, esparadrapo, micropoore, gaze, reação aos pontos de sutura (algodão, catgut, vicril, ethybond, nylon), infecção superficial e profunda recente e tardia, celulite, formação tardia de quelóide, ulcera de margolin, edema recidual, linfangíte pericicatricial.

QUANTO AO ATO CIRÚRGICO

- 1 - Esqueleto axial - infecção superficial e profunda, osteomielite, lesão articular, lesão nervosa periférica, compressão medular, lesão da artéria de Adanqueviski, lesão da dura mater, formação de hematoma, infecção de hematoma, lesão medular, meningites, disseminação de lesões secundárias quando se tratar de neoplasias, lesão da artéria aorta, femurais e veias correspondentes, hemorragias incoercíveis, lesão do ducto torácico, lesão do sistema simpático,
- 2 - Esqueleto apendicular - infecção superficial e profunda, lesão articular, lesão arterial, venosa e nervosa periférica, lesões ligamentares e cartilaginosas, disseminações de doenças neoplásicas, hemorragias incoercíveis, lesões do sistema simpático e para simpático, lesões musculares, deformidades osteomusculares e articulares, necroses teciduais.

QUANTO AO MATERIAL DE SÍNTESE

Fratura do material de síntese, corrosão, biocompatibilidade parcial de material implantado, fadiga do material, fenômeno de eletrólise, incompatibilidade metal-osso, incompatibilidade metal-cimento e osso – cimento, soltura precoce e tardia do material de síntese, fenômeno de debris, osteólise.

Além das possíveis complicações descritas acima, fui esclarecido (a) também que, inexitem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após procedimento cirúrgico. Fui também orientado (a) de que uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia. Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do médico, para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo a aplicação das medidas que forem necessárias, em instituições com recursos disponíveis ao que meu caso exigir. Da mesma forma, fui informado (a) que podem existir complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, reações aos anestésicos e pós-operatórios. Podem ocorrer também situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe. Aceito que estes procedimentos sejam indicados e aplicados pelo médico caso necessário visando o sucesso do meu tratamento. No caso da ocorrência de situações imprevistas, estou ciente que deverei

retornar ao HOSPITAL conforme orientações médicas. Estou ciente também de que seria impossível para o médico me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer durante meu tratamento, mas atesto que fui informado (a) a respeito das situações mais freqüentes. Igualmente sou sabedor (a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu médico, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia/proposta terapêutica, com relação à cura da minha doença.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável.

() Paciente () Responsável

Testemunha 1 ass: _____ Nome completo:

Testemunha 2 ass: _____ Nome completo: