



## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO

1- Por meio deste documento, o Dr. \_\_\_\_\_, médico ortopedista, CRM \_\_\_\_\_, TEOT \_\_\_\_\_, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, assume a responsabilidade de utilizar de técnica cirúrgica consagrada pela ciência médica para buscar a resolução do problema de saúde do paciente.

2- O paciente supracitado e/ou o responsável reconhecem, por meio deste, a contratação dos serviços da equipe cirúrgica, para a realização do seguinte procedimento anestésico-cirúrgico: Artroplastia escápulo-umeral do ombro Dir/Esq.

3- O paciente supracitado e/ou o responsável declaram que foram devidamente esclarecidos sobre a natureza da doença e objetivos do tratamento cirúrgico.

4- O paciente supracitado e/ou o responsável declaram que estão cientes dos riscos e complicações inerentes a quaisquer intervenções cirúrgicas ortopédicas, tais como: infecção superficial e/ou profunda, edema (inchaço e/ou hematoma, deiscência de ferida cirúrgica (ruptura dos pontos ou abertura da ferida cirúrgica), dor pós-operatória, rigidez articular, acidente anestésico, síndrome dolorosa regional complexa (dor intensa devido a disfunção do sistema nervoso do membro operado), trombose venosa ( formação de um coágulo causando obstrução das veias), incapacidade funcional temporária ( para atividades de vida diária, do trabalho, desportivas e outras).

5- O paciente supracitado e/ou o responsável reconhecem ainda que foram esclarecidos sobre os riscos específicos do procedimento cirúrgico em questão, a seguir mencionados:

- Edema (inchaço) pós operatório; sangramento, instabilidade (luxação da prótese); formação de cicatriz com perda de movimentos; infecção com necessidade de revisões cirúrgicas ou remoção dos implantes; soltura de implantes ou rejeição dos mesmos; falha/soltura/reabsorção de enxertos ósseas, rupturas tendíneas no pós-operatório, lesão neurológica (plexo braquial ou nervo axilar)
- Fatores em geral que AUMENTAM o risco durante o procedimento:
  - Obesidade
  - Ser fumante
  - Idade avançada
  - Diabetes sem controle adequado
  - Fígado e/ou rim com função rebaixada
  - Hipertensão (pressão alta)
  - Má nutrição e/ou sistema imune deficitário
  - Má função pulmonar

- Histórico de doenças relacionadas a sangramento aumentado
- Doenças crônicas

6- O paciente supracitado e/ou o responsável informam que se dispõem a acatar as orientações que foram e serão fornecidas no pré-operatório e no pós-operatório, que dizem respeito a:

- Datas de retorno
- Cuidados com a imobilização e o curativo
- Posicionamento do membro operado
- Exercícios recomendados e movimentos contraindicados
- Restrição de atividades específicas
- Orientações específicas:

---

De acordo:

**Paciente / Responsável**

RG:

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Médico**

CRMMG:

Assinatura: \_\_\_\_\_

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