



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO

1- Por meio deste documento, o Dr. _____, médico ortopedista, CRM _____, TEOT _____, **Membro Titular 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: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR** sob responsabilidade do médico assistente.

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

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 (Capsulite adesiva), acidente anestésico, síndrome dolorosa regional complexa (Distrofia Simpático Reflexa e suas variantes), 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 responsável reconhecem ainda que foram esclarecidos sobre os riscos específicos do procedimento cirúrgico em questão, a seguir mencionados:

Infecção profunda: 1-2%; Rigidez (capsulite adesiva): até 23%; Re-ruptura: 11% (lesões isoladas de 1 tendão) a 40% (lesões de mais de 1 tendão); Perda da fixação (soltura do material): 2,5%; Lesões neurovasculares: até 3%.

Fatores em geral que AUMENTAM o risco durante o procedimento e de complicações pós-operatórias: Obesidade, Ser fumante, Idade avançada, Diabetes sem controle adequado, Fígado e/ou rim com função rebaixada, Hipertensão (pressão alta), Má nutrição, Má função pulmonar, Histórico de doenças relacionadas a sangramento aumentado, Doenças crônicas, Sistema imune deficitário.

6- O paciente supracitado e/ou 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.

De acordo: **Paciente / Responsável:**

RG:

Assinatura:

Médico:

CRM:

Assinatura:

, _____/_____/_____