



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 técnicas cirúrgicas consagradas 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 INSTABILIDADE (LUXAÇÕES RECIDIVANTES) DO OMBRO Dir/Esq, POR VIA ARTROSCÓPICA (POR VÍDEO) E/OU ABERTA** sob responsabilidade do Dr. _____.

3- O paciente supracitado e/ou 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 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 (Distrofia Simpático Reflexa e suas variantes), trombose venosa (formação de um coágulo causando obstrução das veias), incapacidade funcional temporária ou definitiva (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:

- COMUNS: edema (inchaço) pós operatório; sangramento
- INCOMUNS: recidiva (retorno) da instabilidade; formação de cicatriz com perda de movimentos; dano à cartilagem e/ou progressão da artrose; falha de material de síntese (implantes) ou rejeição dos mesmos; falha/soltura/reabsorção de enxertos.
- 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 dispõe 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:

CRM:

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 20____.