



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO

Paciente: CI:

Responsável Legal: CI:

Médico: Dr.

Procedimento: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMEROD DIR/ESQ

Pelo presente instrumento declaro que:

1) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos de não concordar com a atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

2) Estou ciente de que poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis e complicações gerais como alergias, sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: Infecção profunda, rigidez/, necrose avascular da cabeça umeral, perda da fixação (soltura do material), lesões de nervos e vasos, exposição do parafuso através da cabeça umeral (secundária a necrose da cabeça umeral ou colapso da fratura), pseudoartrose (não consolidação dos fragmentos ósseos), dor crônica mecânica ou de natureza neuropática.

3) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e o fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

4) Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, e caso sejam necessários outros procedimentos para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, eles deverão ser conduzidos e resolvidos de acordo com a particularidade de cada evento;

5) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s). Estou ciente de que o tratamento não se limita ao procedimento acima, e que deverei retornar ao Hospital / Clínica / Consultório nos dias determinados pelo médico e realizar os cuidados pós-operatórios conforme sua orientação. Devo também informá-lo sobre possíveis alterações ou problemas que possam surgir;

6) Autorizo, portanto o(a) médico(a) supra identificado bem como aos seus auxiliares a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

