

Nome: _____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Artroplastia

☐ Joelho ☐ Quadril ☐ Ombro

1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e/ou hipótese(s) diagnóstica(s): _____

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido(a).

A **Artroplastia** é a substituição total ou parcial da articulação acometida, feita por meio de materiais artificiais, como metal, plástico (polietileno) e/ou cerâmico. Tem o objetivo de restabelecer a função, reduzir dores, rigidez, além da funcionalidade articular melhorando a capacidade de realizar atividades de vida diária.

3. Fui informado(a) da importância dos tratamentos complementares no pós-operatório como uso de analgésicos, fisioterapia, bem como o uso de andadores, bengalas e/ou muletas garantindo os resultados que espero e quaisquer problemas que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar as orientações dadas.

4. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Dor no período pós-operatório;
- Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
- Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Sangramento;
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias, (Dados mundiais 0,41%- 1%^{1,3});
- Infecção (Dados mundiais 0,57% a 0,7%^{2,3});
- Encurtamento ou Alongamento do membro inferior;
- Lesões de Nervos maiores;
- Lesões Vasculares;
- Falha dos Implantes;
- Alergia: Reações alérgicas às medicações utilizadas.
- Edema;
- Hematomas;
- Instabilidades;

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito.

Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno de 0,7% para Artroplastia de Quadril, 0,4% para Artroplastia de Joelho 0,7% para ao Artroplastia de Ombro, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo em caso de qualquer necessidade.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemo-componentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

7. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

8. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

9. Autorizo a utilização de imagens e dados técnicos estatísticos obtidos durante o período de internação para o procedimento cirúrgico de artroplastia desde que o sigilo absoluto de identificação dos pacientes seja mantido de acordo com o preceito de Ética Médica.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____ Parentesco: _____

Identidade nº: _____ CPF: _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____

Assinatura _____ CRM _____

REFERÊNCIAS:

1. Singh JA, Jensen MR, Harmsen WS, Gabriel SE, et al. Cardiac and thromboembolic complications and mortality in patients undergoing total hip and total knee arthroplasty. ARD Online First, 2011, 10.1136/ard.2010.148726
2. Pruzansky JS, Bronson MJ, Grelsamer RP, Strauss E, Moucha CS. Prevalence of modifiable surgical site infection risk factors in hip and knee joint arthroplasty patients at an urban academic hospital. J Arthroplasty. 2014;29(2):272-6.
3. Bohsali KI, Wirth MA, Rockwood CA Jr. Complications of total shoulder arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2006 Oct;88(10):2279-92