

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “FRATURA DE OMBRO”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: É uma técnica cirúrgica onde o médico utiliza uma pequena ótica para visualizar o interior da articulação e trabalha através de pequenos orifícios realizados na pele.

DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

- 1) Síndrome do impacto: presença de impacto entre os tendões internos do ombro contra o osso acrômio causando dor. A - Indicação da cirurgia: Dor no ombro que não melhorou com o tratamento conservador (fisioterapia, anti-inflamatórios, infiltração, etc) pelo tempo mínimo de 3 meses.
- 2) Lesão do manguito rotador: ruptura de um ou mais tendões internos do ombro geralmente causado por desgaste (degeneração) B - Indicação da cirurgia: rupturas sintomáticas.
- 3) Instabilidade do ombro C - Indicação da cirurgia: luxações recidivantes, luxação primária em atleta.
- 4) Lesão do lábrum: descolamento de uma cartilagem interna do ombro secundária a um trauma ou sobrecarga relacionada aos esportes. D. Indicação da cirurgia: paciente com sintomas que prejudiquem as atividades do dia a dia ou atletas com incapacidade para manter a prática esportiva.
- 5) Outras: fraturas desviadas do ombro, capsulite adesiva refratária, tendinite calcária refratária.

COMPLICAÇÕES GERAS DA CIRURGIA DO OMBRO:

Complicações Imediatas: Sangramentos pós operatórios, infecções (podem exigir reoperações), abertura da ferida operatória. Complicações Mediatas: Ombro congelado, dor residual. Complicações Tardias: Dor residual (5%), re-luxação (2 a 5%), re-ruptura do manguito rotador (10%), Limitação dos movimentos, migração do material de fixação. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira).

CBHPM: 3.07.08.07.9 / 3.07.08.08-7

CID: M75.9

Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FRATURA DE OMBRO

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Frei Anacleto adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa sua realização.

Goiatuba/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica - Resolução CFM n° 1.931/09: É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FRATURA DE OMBRO

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.