

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PELA EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados ao **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

**PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS**

1 - TRATAMENTO E PROCEDIMENTOS MUSCOESQUELETICOS, CUTÂNEOS, NERVOSOS E VASCULARES:

Qualquer procedimento médico, aberto, ou mesmo uma manipulação fechada de uma fratura está sujeito a complicações de menor ou maior grau para todo o membro e pode resultar em variado grau de fraqueza, deformidade, sangramento, infecção, cicatrizes de aspecto desagradável, paralisia, dor, formigamento ou perda de sensibilidade, amputação e ou perda ou limitação da amplitude de movimento articular. Entre as complicações anestésicas pode-se incluir parada cardíaca, acidente vascular cerebral, lesão cerebral, lesão de nervo periférico, pneumonia e mesmo óbito. Assim, a meta e a expectativa do procedimento podem não ser atingidas e outros procedimentos podem ser preciso.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS:

**Riscos Comuns:** sangramento, cicatriz com quelóide ou retração, infecção, dor, rigidez, deformidade, falha de cicatrização óssea ou de partes moles, falha dos implantes colocados, trombose venosa com flebite ou embolia pulmonar.

**Riscos mais raros:** lesão de artéria, de nervo ou de tendão; ausência de resposta do nervo operado, paralisia, déficit sensitivo, ausência de função de um segmento; amputação.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização do **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** \_\_\_\_\_ e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** \_\_\_\_\_ é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Assinatura

**TESTEMUNHAS**

1ª Testemunha	2ª Testemunha
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
CPF: _____	CPF: _____

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** \_\_\_\_\_ ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

### INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

#### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

### O PROCEDIMENTO

- 1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
  - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 – Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

### OUTRAS ANOTAÇÕES