|  |  |
| --- | --- |
|  | **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****CIRURGIA DE QUADRIL – ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL** |

­­

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do 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 **“ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e 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 no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** A cirurgia tem como objetivo a colocação de prótese de quadril.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES DO PROCEDIMENTO:**

Trombose venosa profunda;

Embolia pulmonar;

Anemia;

Lesão vascular;

Lesão nervosa;

Luxação;

Desgaste;

Quebra e afrouxamento do implante;

Fratura intra-operatória do fêmur e do acetábulo;

Discrepância dos membros inferiores (1 perna mais curta);

Ossificação heterotópica;

Infecção;

Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**INFECCÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA Á SAÚDE:**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de

prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

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%

**Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.**

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu

perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas

pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos

colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, 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.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para a sua realização.

 Ijuí (RS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ass. Paciente e/ou Responsável |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG/CPF: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ass. Médico Assistente |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CRM: | ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UF: | \_\_\_\_ |

***Código de Ética Médica – Art. 22.*** *É vedado ao médico 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.*

***Art. 34.*** *É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os*

*riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.*

***Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º -*** *O fornecedor*

*de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de*

*maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da*

*adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia*

*elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de*

*práticas anteriores entre as partes.*