

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO  
NEUROTENDÍNEA**

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ 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 **“TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO NEUROTENDÍNEA”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias 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 nos arts. 22º e 34º 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 o objetivo de reparar as lesões tendíneas e nervosas ocorridas ao nível do punho e da mão.

**COMPLICAÇÕES**

1. Infecção;
2. Rejeição do metal;
3. Necrose de pele e músculos;
4. Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6/8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer;
5. A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau de nutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado;
6. Necessidade de nova cirurgia;
7. As fraturas expostas, onde a pele se rompe e o osso entra em contato com o meio ambiente, são muito mais graves que as fraturas fechadas. A chance de infecção é maior, os tecidos sofrem mais necrose e as complicações são mais frequentes. Múltiplos procedimentos cirúrgicos podem ser requeridos;
8. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira).

**CBHPM** - \_\_\_\_\_

**CID**- S66.9

Data de Criação: 05/11/2021	Data de Validação: 05/11/2021	Data de Aprovação: 05/11/2021
Criação: Cecílio Faria	Validação: Cristina Bernardes	Aprovação: Carlos Duarte

**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. 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.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_ Médico assistente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico assistente com carimbo

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** 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. 34º.** 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 danos, 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.

Data de Criação: 05/11/2021	Data de Validação: 05/11/2021	Data de Aprovação: 05/11/2021
Criação: Cecílio Faria	Validação: Cristina Bernardes	Aprovação: Carlos Duarte