

Dr. ADRIANO KARPSTEIN CRM-PR 15.995 / TEOT 9.008, RQE 12.438 / TEME 64.524, RQE 12.555

Ortopedia e Traumatologia - Medicina do Esporte - Cirurgia Artroscópica – Cirurgia do Joelho

Membro da International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine, ISAKOS

Membro da American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS

Membro da International Cartilage Repair Society, ICRS

Membro da Sociedad Latinoamericana de Artroscopia, Rodilla y Traumatologia Deportiva, SLARD

Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, SBOT

Membro da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, SBME

Membro da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte, SBRATE

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA

Paciente: _____

Cirurgia proposta: _____

Data da cirurgia: _____ / _____ / _____ Hospital: _____

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para cirurgias. As informações aqui contidas servem tanto para as pequenas como para as grandes cirurgias, em pacientes diversos e com todas as possibilidades de complicações, conforme orientações do Conselho Federal de Medicina e do Código de Ética Médica.

As informações aqui contidas não tem por finalidade assustá-lo(a), mas sim oferecer-lhe dados sobre os riscos presentes em todos os procedimentos cirúrgicos, desde os mais simples até os mais complicados. Assim, por exemplo, a necessidade de transfusão de sangue em uma cirurgia é praticamente remota, porém esta possibilidade existe e é citada aqui junto com outras possibilidades inerentes aos procedimentos cirúrgicos – mesmo que também sejam remotas. Esperamos que este formulário o(a) ajude a compreender melhor os acontecimentos que possam vir a ocorrer durante e depois de uma cirurgia, mesmo que sejam pouco prováveis. Se você não entender alguma coisa, pergunte ao seu médico.

1. Fui informado que, para evitar sangramentos, NÃO DEVO INGERIR medicamentos que tenham em sua fórmula o ácido acetilsalicílico (Aspirina®, AAS® e similares) ou anti-inflamatórios por, pelo menos, 5 dias antes da cirurgia.
2. Reconheço que durante a anestesia, na cirurgia e no período pós-operatório novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais àqueles que foram descritos neste consentimento, inclusive novas cirurgias, eventualmente até com outras equipes médicas de outras especialidades. Assim sendo, desde já autorizo o meu médico e os seus médicos assistentes a executarem esses outros procedimentos médicos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização contida neste item estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que a cirurgia for iniciada.
3. Estou informado(a) que existem riscos significativos em todas as cirurgias, independentemente do seu porte. A incidência dessas complicações é muito baixa, mas as suas conseqüências podem causar alguns aborrecimentos. As complicações mais comuns relatadas na literatura médica incluem: hemorragias, infecções, TVP (trombose venosa profunda), TEP (trombo-embolismo pulmonar), lesões nervosas, parestias, parestesias, tromboflebite, distrofia simpático-reflexa, lesões tendíneas, lesões vasculares, lesões ligamentares, lesões articulares, necrose de pele, hematomas, artrite séptica, lesões condrais, síndrome compartimental, dor persistente e complicações cardíacas que podem culminar em incapacidade parcial ou permanente e, até mesmo, a morte. Estou ciente de que no caso das cirurgias ditas abertas - onde se faz uma incisão na pele - pode ocorrer infecção, dor no local da incisão, deiscência no local da sutura, má-cicatrização, fístulas, necrose da pele e o aparecimento de hérnias (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), que podem exigir novas cirurgias no futuro, inclusive cirurgias plásticas, para sua correção e/ou tratamento. São tomados todos os cuidados para que a incidência dessas complicações seja mínima. Entendo que a minha parte para evitar complicações compreende seguir rigorosamente todas as orientações do meu médico para o sucesso do meu tratamento (fazer os exames solicitados, comparecer nas datas marcadas para as reavaliações médicas, fazer fisioterapia, usar corretamente os medicamentos, órteses, etc ...).
4. Estou ciente que a lista de riscos e complicações descritos neste formulário contém apenas aqueles mais comuns e mais severos. Não inclui todos os riscos (conhecidos, desconhecidos ou possíveis de acontecer) e desde já reconheço que novos riscos, mesmo que aqui não citados – porém descritos na literatura médica – podem ocorrer.
5. Estou ciente que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados da cirurgia ou referente à cura da minha condição. Acredito que a qualificação profissional do meu médico e dos seus médicos assistentes, aliada ao tratamento da minha patologia em ambiente hospitalar de alto nível, com equipamentos e materiais modernos e com técnicas cirúrgicas consagradas, além do seguimento das recomendações pós-operatórias (medicamentos, fisioterapia, cuidados, etc...) levarão ao sucesso do tratamento da minha doença.

6. Autorizo a aplicação de anestesia por um médico anesthesiologista qualificado, indicado e/ou aprovado pelo meu médico e integrante do corpo clínico do hospital onde serei operado. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco e/ou complicações, algumas vezes com danos severos aos órgãos vitais (cérebro, coração, fígado, pulmões e rins), podendo resultar em paralisia, ataque cardíaco e até mesmo morte, tanto por causas conhecidas e descritas na literatura médica como por causas ainda desconhecidas.
7. Autorizo que se façam transfusões de sangue e/ou de derivados de sangue para mim, se for necessário e/ou indicado pelo meu médico. Estou ciente de que existem doenças que podem ser transmitidas por esses produtos, à despeito dos inúmeros exames a que são submetidos, doenças essas que incluem os vírus da AIDS e das hepatites.
8. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido poderá ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar, sendo habitualmente encaminhado para incineração.
9. Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas aos medicamentos ou soluções utilizados em minha cirurgia e que sejam desconhecidas por mim e pelo meu médico. Nessa situação serão tomadas todas as providências para tratar a referida reação. Meu médico deverá ser informado sobre todos os medicamentos e substâncias que eu sei que me causam reações alérgicas. Isso também deverá ser informado para o anestesista e para as enfermeiras do hospital.
10. Estou ciente que o bom resultado da minha cirurgia dependerá também do meu empenho como paciente em seguir as orientações pós-operatórias passadas pelo meu médico, aqui principalmente importante o aspecto que se refere às sessões de fisioterapia, uso de medicamentos, meias elásticas, bolsas de gelo, cuidados com gesso e talas, curativos, retornos nas datas marcadas, etc... com a finalidade de se chegar ao melhor resultado cirúrgico possível. Há necessidade desse compromisso de minha parte.
11. Estou ciente de que todos os itens e aspectos deste formulário me foram explicados e esclarecidos pelo meu médico, em seu consultório, o qual não poupou esforços para que eu entendesse em detalhes todos os itens. Confirmando que o meu médico me explicou detalhadamente a natureza e as características da cirurgia a que devo me submeter, seus possíveis resultados, a natureza e as possíveis complicações, os benefícios da cirurgia e as diferentes técnicas e/ou alternativas existentes para tratar a minha patologia. Declaro ainda estar ciente das possíveis complicações decorrentes do não tratamento da minha patologia e que não omiti ou deixei de comunicar ao meu médico qualquer aspecto da minha saúde que possa vir a ser um fator para possíveis complicações. Também estou ciente que alguns materiais solicitados pelo meu médico podem não ter sido autorizados pelo convênio, podendo, eventualmente, comprometer o resultado da cirurgia.
12. Estou ciente que deverei pagar a diferença de honorários médicos ao cirurgião e sua equipe no valor de R\$ _____ (_____) no caso de eu optar por ficar internado em acomodação hospitalar superior ou ser submetido a procedimentos cirúrgicos que não tenham cobertura pelo meu plano de saúde. Além desses valores, poderão ser ainda cobrados outros valores referentes aos honorários do anesthesiologista e também aos custos hospitalares.

PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL

Assinatura do paciente ou do seu responsável legal: _____

R.G. do paciente ou do seu responsável legal: _____

Data: _____ / _____ / _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito neste formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e os resultados antecipados foram explicados por mim ao meu paciente ou aos seus responsáveis antes que esse consentimento fosse assinado.

.....
assinatura e carimbo

** este documento, devidamente preenchido e assinado, será entregue ao hospital no momento da internação e será anexado ao prontuário médico.*