

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A APLICAÇÃO DE ÁCIDO HIALURÔNICO NO JOELHO

Pelo presente Termo, _____, portador do CPF nº _____, doravante denominado "PACIENTE", e Dr. Adriano Karpstein, médico especialista em Medicina Esportiva e Ortopedia-Traumatologia, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Paraná sob o número 15.995 / RQEs 12.438 e 12.555, doravante denominado "MÉDICO", acordam nas seguintes condições:

1. OBJETIVO DO TRATAMENTO: O tratamento proposto visa a aplicação de ácido hialurônico e/ou outros medicamentos na articulação do joelho do PACIENTE com o objetivo de melhorar a função articular e reduzir a dor associada a condições como artrose, lesões ou outras disfunções articulares.

2. EXPLICAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO: O ácido hialurônico é uma substância que já ocorre naturalmente no organismo e é utilizado, no contexto da Medicina, para lubrificar e melhorar a mobilidade nas articulações. A aplicação do ácido hialurônico e outros medicamentos no joelho será realizada pelo MÉDICO por meio de injeção, após anestesia local, diretamente na articulação do joelho doente, em ambiente controlado e estéril.

3. RISCOS E EFEITOS COLATERAIS: O PACIENTE foi informado sobre todos os possíveis riscos e efeitos adversos da aplicação, que podem incluir, mas não se limitam a:

- Dor local, inchaço, hematomas ou vermelhidão no local da aplicação
- Reações alérgicas raras, com possibilidade de coceira, urticária ou dificuldade respiratória
- Infecção (rara, mas possível em qualquer procedimento invasivo)
- Reações inflamatórias ou aumento da dor no local da aplicação (efeito temporário)

4. CONTRAINDICAÇÕES: O tratamento com ácido hialurônico não deve ser realizado caso o PACIENTE tenha:

- Infecções ativas na articulação ou na área ao redor do joelho
- Hipersensibilidade ou alergia ao ácido hialurônico ou a outros componentes do produto
- Doenças autoimunes ou doenças inflamatórias articulares graves sem controle médico adequado
- Condições médicas que impeçam o processo de cicatrização normal (por exemplo, distúrbios graves de coagulação sanguínea)

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO: O PACIENTE foi informado sobre outras alternativas de tratamento, que podem incluir fisioterapia, medicamentos anti-inflamatórios, infiltrações com corticoides ou intervenções cirúrgicas, caso necessário. O médico explicou que a decisão sobre o melhor tratamento dependerá da condição clínica e das preferências do PACIENTE.

6. EXPECTATIVAS DE RESULTADOS: Embora a aplicação de ácido hialurônico possa melhorar a dor e a função articular, os resultados podem variar de pessoa para pessoa. A eficácia do tratamento será monitorada pelo MÉDICO durante as consultas subsequentes.

7. CONSENTIMENTO DO PACIENTE: O PACIENTE declara que leu e compreendeu as informações fornecidas, teve a oportunidade de tirar todas as dúvidas e recebeu todos os esclarecimentos sobre os

benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações do tratamento. O PACIENTE também declara que está ciente de que, apesar de ser um procedimento geralmente seguro, todo tratamento médico envolve riscos.

Assim, ao assinar este Termo, o PACIENTE consente livremente e de forma esclarecida com a aplicação do ácido hialurônico e/ou outros medicamentos no joelho.

8. COMPROMISSOS DO PACIENTE: O PACIENTE compromete-se a seguir as orientações médicas antes, durante e após o procedimento, incluindo cuidados com a área da aplicação e os retornos para acompanhamento conforme orientado pelo MÉDICO. Novos exames poderão ser solicitados nos retornos.

9. DECLARAÇÃO DE AUTONOMIA: O PACIENTE declara que tomou a decisão de realizar o procedimento de forma livre, sem coação ou pressão externa, e que entendeu plenamente todas as informações apresentadas. O PACIENTE declara também estar ciente do custo do tratamento, de tudo o que está incluído no custo do tratamento (medicamentos, materiais necessários para o procedimento e honorários profissionais), e que o pagamento foi feito antes do procedimento.

10. LOCAL E DATA:

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente:

Assinatura do médico:
