

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A APLICAÇÃO DE OZÔNIO 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 à aplicação de ozônio na articulação do joelho do PACIENTE com o objetivo de melhorar a função articular e reduzir a dor associada à artrose do joelho.

2. EXPLICAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO: A ozonioterapia articular é um tratamento médico que utiliza uma mistura de oxigênio e ozônio medicinal em concentrações terapêuticas. Essa combinação de gases estimula processos naturais de regeneração e melhora do metabolismo celular, auxiliando no controle da dor, na diminuição da inflamação e na recuperação de tecidos lesionados. Quando aplicada no joelho, a ozonioterapia atua diretamente na articulação, proporcionando alívio da dor e melhora da função articular em pacientes com diagnóstico de artrose.

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
- Sensação de pressão ou distensão articular logo após a 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 ozônio não deve ser realizado caso o PACIENTE tenha:

- Infecções ativas na articulação ou na área ao redor do joelho
- Hipersensibilidade ou alergia ao ozônio ou aos materiais usados para a aplicação
- Doenças autoimunes ou doenças inflamatórias articulares graves sem controle médico adequado
- Condições médicas conhecidas como favismo, gravidez, hipertireoidismo descompensado, trombocitopenia severa, distúrbios da coagulação, infarto do miocárdio recente, crises epiléticas não controladas, diabetes descontrolado, uso de anticoagulantes, uso de imunossuppressores, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória e anemia severa.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO: O PACIENTE foi informado que a ozonioterapia é uma terapia adjuvante da artrose do joelho. Não é a terapia principal. O tratamento da artrose pode incluir outras alternativas de tratamento como fisioterapia, medicamentos anti-inflamatórios, infiltrações com corticoides e/ou ácido hialurônico 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 ozônio no joelho possa aliviar a dor, diminuir a inflamação e melhorar 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 de ozônio 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 (mistura oxigênio-gás ozônio medicinal, 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:
