

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PELA EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados ao **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA DA MÃO** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do CHSF, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1 - TRATAMENTO E PROCEDIMENTOS MUSCOESQUELETICOS, CUTÂNEOS, NERVOSOS E VASCULARES:

Qualquer procedimento médico, aberto, ou mesmo uma manipulação fechada de uma fratura está sujeito a complicações de menor ou maior grau para todo o membro e pode resultar em variado grau de fraqueza, deformidade, sangramento, infecção, cicatrizes de aspecto desagradável, paralisia, dor, formigamento ou perda de sensibilidade, amputação e ou perda ou limitação da amplitude de movimento articular. Entre as complicações anestésicas pode-se incluir parada cardíaca, acidente vascular cerebral, lesão cerebral, lesão de nervo periférico, pneumonia e mesmo óbito. Assim, a meta e a expectativa do procedimento podem não ser atingidas e outros procedimentos podem ser preciso.

2 - LISTA DE COMPLICAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS:

Riscos Comuns: sangramento, cicatriz com quelóide ou retração, infecção, dor, rigidez, deformidade, falha de cicatrização óssea ou de partes moles, falha dos implantes colocados, trombose venosa com flebite ou embolia pulmonar.

Riscos mais raros: lesão de artéria, de nervo ou de tendão; ausência de resposta do nervo operado, paralisia, déficit sensitivo, ausência de função de um segmento; amputação.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização do **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** _____ e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** _____ é a melhor indicação neste

momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____
Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** _____ ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1 – Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - 2.1 – Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
 - 2.2 – Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 - Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 **OU PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**