



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA ARTROPLASTIA**

Atend. _____

Pront. _____

Paciente: _____
Data Nasc.: _____ Religião: _____
Idade: _____ Fone Residencial: _____
Sexo: _____ Médico Resp.: _____
Estado Civil: _____ Fone Contato: _____
Naturalidade: _____ Endereço: _____
Grau: _____ Bairro: _____
Profissão: _____ Cidade: _____
Responsável: _____ CEP: _____
Observação: _____

PROCEDIMENTO CIRURGICO EM: () JOELHO () QUADRIL

Lateralidade () Direito () Esquerdo () Bilateral

1. Fui informado pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração, diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica: _____

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido.

Joelho: a artroplastia de joelho é a substituição total ou parcial da articulação do joelho, feita por meio de materiais artificiais, como metal ou plástico (polietileno). Tem o objetivo de restabelecer a função, melhorar as dores e rigidez, além da funcionalidade articular.

Quadril: a artroplastia do quadril é a substituição total ou parcial da articulação do quadril, feita por meio de materiais artificiais (metal, cerâmico ou plástico). Tem a finalidade de reduzir a dor e rigidez, além de melhorar a capacidade de realizar atividades de vida diária.

3. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica, neste hospital, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles: reações alérgicas as medicações utilizadas; Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes; Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente; Dor no período pós operatório; Flebite: inflamação da veia, geralmente no local da medicação; Lesões vasculares e sangramento; Lesões de nervos maiores; Encurtamento do membro inferior e desvios angulares do joelho; Falha nos implantes; Luxação dos implantes; Fraturas intraoperatórias; Tromboembolismo venoso periféricos e pulmonar, causada pela coagulação do sangue no interior das veias; infecção. _____

complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito.

6. O tratamento adotado não assegura garantia de cura.

Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus – COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

7. Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA ARTROPLASTIA**

Atend. _____

Pront. _____

PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG n°: _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____: ____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____