



vida é movimento

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
TENOTOMIA PERCUTÂNEA DO AQUILES**

Atend. \_\_\_\_\_

Pront. \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Fone Residencial: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Médico Resp.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fone Contato: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Grau: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Lateralidade ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Bilateral

1. A Tenotomia Percutânea do Aquiles realizada em regime ambulatorial é um procedimento que faz parte de uma etapa do tratamento de pé torto congênito ou teratológico e consiste em: assepsia do local, anestesia local, tenotomia percutânea do Aquiles, sutura e curativo. Após a realização do procedimento, em geral, o paciente deverá aguardar por cerca de 30 minutos para reavaliação quanto a sangramento e alteração de perfusão.

2. Compreendo que, durante o procedimento para tentar melhorar a(s) condição(ões) supracitada(s), poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnósticas pelo(s) exame(s) já realizados, assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

3. Foram-me explicados os benefícios e as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.

4. É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica, nesta Instituição, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles: sangramento, hematoma, edema e infecção no local.

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

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

**PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Confirmando 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**

Confirmando 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: \_\_\_\_\_