

CONSENTIMENTO INFORMADO

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me
submeter será a ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL.

DEFINIÇÃO: a cirurgia tem como objetivo a colocação de prótese.

COMPLICAÇÕES:

1. Trombose venosa profunda.
2. Embolia pulmonar.
3. Anemia.
4. Lesão vascular.
5. Lesão nervosa.
6. Luxação.
7. Desgaste.
8. Quebra e afrouxamento do implante;
9. Fratura intra-operatória do fêmur e do acetábulo.
10. Discrepância dos membros inferiores (1 perna mais curta).
11. Ossificação heterotrófica.
12. Infecção.
13. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira).

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento