CONSENTIMENTO INFORMADO

Tratamento Cirúrgico de Tendinopatia do Aquiles (Tendão Calcâneo)

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019) e os artigos 6° III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado desaúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu,_____ Data de nascimento ____/____/____

Identidade n°:_____Órgão expedidor:_____,

declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **Tratamento Cirúrgico de Tendinopatia do Aquiles (Tendão Calcâneo).**

DIAGNÓSTICO: Tendinopatia do Tendão de Aquiles / Calcâneo.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Tenoplastias, tenorrafias, transposição tendões, bursectomias e osteotomia calcâneo, que conforme a avaliação clínica e de imagens pelo médico assistente, poderá se optado por uma ou pela combinação de procedimentos.

RISCOS, COMPLICAÇÕES:

- Alterações da pele tais como epidermólise e necrose superficial e/ou profunda;

- Infecção superficial e/ou profunda no local da cirurgia;

- Trombose venosa profunda e Tromboembolismo, podendo levar a complicações sistêmicas graves;

- Problemas circulatórios agudos tais com obstrução arterial levando a isquemia do membro e possibilidade de amputação;

- Complicações específicas do material de síntese / tenodeses tais com falha, soltura, etc...

- Não cicatrização do tendão ou rerruptura, havendo a necessidade de reoperação;

- Perda da correção inicialmente proposta e/ou falha em obter a correção desejada prevista para o procedimento proposto;

- Complicações relacionadas ao pós-operatório: Falha na reabilitação, distrofia simpático reflexa, edema residual, dor residual crônica, dor noturna, fraqueza muscular e outras.

- Complicações relacionadas com a cicatriz tais com cicatriz hipertrofica e/ou queloide;

- Problemas tardios na reabilitação comprometendo o resultado final do procedimento proposto.

- Parestesias em determinadas áreas devidoà alterações pós operatórias dos nervos periféricos

(Neuropraxia, etc.);

- Óbito.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas,

Sífilis).

6. Para a realização do Procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do Paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que ficarem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

7. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle álgico.

8. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Socor.

9. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.
Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, _____, de _____de _____.

_____
Assinatura do paciente/responsável(*)

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