

Paciente: _____

1. Fui informado (a) pelo(a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e/ou hipótese(s) diagnóstica(s):

Recebi e compreendi as explicações sobre a proposta do procedimento a que serei submetido (a).

() ARTROPLASTIA DE JOELHO () ARTROPLASTIA DE QUADRIL

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 de 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.

2. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésicos, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação.

4. Esclarecidas as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

5. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Dor no período pós-operatório;
- Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
- Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Sangramento;
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias, (Dados mundiais- 0,41%);
- Infecção (Dados mundiais – 0,71%);
- Encurtamento do membro inferior e desvios angulares do joelho;
- Lesões de Nervos maiores;
- Lesões Vasculares;
- Falha dos Implantes;
- Alergia: Reações alérgicas às medicações utilizadas;
- Complicações graves, que apesar de raras, podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou levar a óbito.

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

7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Assinatura do Paciente ou Responsável

CPF

____/____/____
Data

Preenchimento exclusivo do Médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura / CRM /Carimbo do Médico Responsável