



**Termo de Ciência e Consentimento
Livre e Esclarecido para
Artroplastia**

() Joelho () Quadril

(Consentimento informado - Norma Técnica
Resolução SS-169 de 19/06/96)

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Lateralidade: () Direito () Esquerdo

1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte 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 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.

3. 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 e os riscos que existem em não realizar o procedimento.

4. É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica, neste hospital.

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

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

- Alergia: Reações alérgicas às 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 dos Implantes;
- Luxação dos implantes (Dados mundiais para artroplastias do quadril – variam entre 1 a 3%¹);
- Fraturas intraoperatórias (Dados mundiais – 0,41%²);
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias, (Dados mundiais – 0,41%³);
- Infecção (Dados mundiais – 0,57%⁴).



Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito. Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno de 0,7%³ para Artroplastia de Quadril e 0,4%³ para Artroplastia de Joelho, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo em caso de qualquer necessidade. Fraturas intraoperatórias do acetábulo são complicações de ocorrência rara durante a Artroplastia Total do Quadril com uma prevalência de 0,4%².

7. Autorizo a realização de 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.

8. O tratamento adotado não assegura garantia de cura.

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

10. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, 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 até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente Responsável (grau de parentesco): _____

Nome: _____

Assinatura: _____ Identidade N.º: _____

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

Deve ser preenchido pelo 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.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

São Paulo ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Assinatura: _____

Referências:

1. Berstock JR, Blom AW, Beswick AD. A systematic review and meta-analysis of complications following the posterior and lateral surgical approaches to total hip arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97(1):11-6.
2. Haidukewych GJ, Jacofsky DJ, Hanssen AD, et al. Intraoperative fractures of the acetabulum during primary total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(9):1952-6.
3. Singh JA, Jensen MR, Harmsen WS, et al. Cardiac and thromboembolic complications and mortality in patients undergoing total hip and total knee arthroplasty. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(12):2082-8.
4. Pruzansky JS, Bronson MJ, Grelsamer RP, et al. Prevalence of modifiable surgical site infection risk factors in hip and knee joint arthroplasty patients at an urban academic hospital. *J Arthroplasty.* 2014;29(2):272-6.