



**Termo de Ciência e Consentimento
Livre e Esclarecido para Cirurgia
de Reparo Artroscópico do
Manguito Rotador**

(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 claramente a proposta do procedimento cirúrgico que serei submetido:

Reparo artroscópico do manguito rotador: é um procedimento cirúrgico que consiste na introdução de um artroscópio (aparelho óptico do tipo endoscópio) na articulação do ombro, por meio de uma pequena incisão na pele (corte). A técnica permite ao cirurgião avaliar diretamente os tendões do manguito rotador e das estruturas que compõem a articulação do ombro. Assim é possível detectar e tratar as lesões dos tendões e outras (potenciais) lesões do ombro.

3. Foram-me explicados os resultados, riscos e benefícios de outros tratamentos alternativos (uso de anti-inflamatórios ou analgésicos, injeções locais de glicocorticóides, acupuntura, hidroterapia, modificação de atividade para evitar o uso excessivo do ombro, e fisioterapia específica, entre outros). Ciente destas opções, eu escolho realizar o tratamento cirúrgico acima definido.

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

5. Fui informado pelo meu médico a cerca das 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;
- Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Sangramento pós-operatório,
- Dor e inchaço na região da cirurgia no pós-operatório;
- Cicatriz hipertrófica ou quelóide na ferida operatória;
- Soltura ou falha dos implantes quando utilizados;
- Re-ruptura do manguito rotador;
- Lesões vasculares e lesões de nervos maiores (Dados da literatura mundial – 0,4 a 3,4%)¹;
- Dor residual com limitação dos movimentos (Dados da literatura mundial – 1,5 a 11%)¹;
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias (Dados da literatura mundial – 0,002 a 0,3%)^{2,3};
- Infecção (Dados da literatura mundial – 0,18 a 0,29%^{4,5}; a nossa incidência no Hospital Israelita Albert Einstein foi de 0,17%);



Complicações graves são muito raras, mas podem levar à hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito. Mundialmente as taxas de óbito ficam em torno de 0,04%⁶ para o reparo artroscópico do manguito rotador, no entanto, mantivemos nosso índice em 0%, em sete anos de avaliação. Em caso de qualquer complicação, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo.

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 á necessidade de coparticipação.

Confirmando 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. Randelli P, Spennacchio P, Ragone V, et al. Complications associated with arthroscopic rotator cuff repair: a literature review. *Musculoskelet Surg.* 2012;96(1):9-16.
2. Jameson SS, James P, Howcroft DW, et al. Venous thromboembolic events are rare after shoulder surgery: analysis of a national database. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(5):764-70.
3. Imberti D, Ivaldo N, Murena L, et al. Venous thromboembolism in patients undergoing shoulder surgery: findings from the RECOS Registry. *Thromb Res.* 2014;134(2):273-7.
4. Yeranorian MG, Arshi A, Terrell RD, et al. Incidence of acute postoperative infections requiring reoperation after arthroscopic shoulder surgery. *Am J Sports Med.* 2014;42(2):437-41.
5. Randelli P, Castagna A, Cabitza F, et al. Infectious and thromboembolic complications of arthroscopic shoulder surgery. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(1):97-101.
6. Martin CT, Gao Y, Pugely AJ, et al. 30-day morbidity and mortality after elective shoulder arthroscopy: a review of 9410 cases. *J Shoulder Elbow Surg.* 2013;22(12):1667-1675.e1.