



**Termo de Ciência e Consentimento
Livre e Esclarecido para
Cirurgias de Coluna**

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

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

() Descompressão () Artrodese

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.

3. Foram-me explicados os riscos e benefícios de outros tratamentos alternativos (uso de medicamentos, fisioterapia e opções de reabilitação, acupuntura), outras opções de técnicas e procedimentos cirúrgicos, e opto pela realização do tratamento proposto acima.

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:

- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Dor lombar pós-operatória¹;
- Falha dos implantes;
- Reações alérgicas às medicações utilizadas;
- Hematoma epidural;
- Lesões neurológicas (Dados da literatura mundial: 0% a 2%)²;
- Lesão oftalmológica (Dados da literatura mundial: 0% a 0,1%)³.
- Recidiva dos sintomas e reoperação (Dados da literatura mundial: 5% a 23%⁴⁻⁷; a nossa incidência no Hospital Israelita Albert Einstein foi de 4,6%);
- Fístula líquórica: extravasamento do líquido cefalorraquidiano (Dados da literatura mundial: 3,5% a 15,9%^{8,9}; a nossa incidência no Hospital Israelita Albert Einstein foi de 2,1%);
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias (Dados Mundiais: 1%)¹⁰;
- Infecção (Dados da literatura mundial: 1,9% a 13,8%¹¹; a nossa incidência no Hospital Israelita Albert Einstein foi de 1%).

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 óbito ficam em torno de (0,2% a 2%)⁴ para cirurgias da coluna vertebral, no entanto, mantemos nosso índice em 0%, em quatro anos de avaliação.



7. 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.

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.

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. Parker SL, Xu R, McGirt MJ, et al. Long-term back pain after a single-level discectomy for radiculopathy: incidence and health care cost analysis. J Neurosurg Spine. 2010;12(2):178-82.
2. Cramer DE, Maher PC, Pettigrew DB, et al. Major neurologic deficit immediately after adult spinal surgery: incidence and etiology over 10 years at a single training institution. J Spinal Disord Tech. 2009;22(8):565-70.
3. Chang SH, Miller NR. The incidence of vision loss due to perioperative ischemic optic neuropathy associated with spine surgery: the Johns Hopkins Hospital Experience. Spine (Phila Pa 1976). 2005;30(11):1299-302.
4. Lebow RL, Adogwa O, Parker SL, et al. Asymptomatic same-site recurrent disc herniation after lumbar discectomy: results of a prospective longitudinal study with 2-year serial imaging. Spine (Phila Pa 1976). 2011;36(25):2147-51.
5. Lee JK, Amorosa L, Cho SK, et al. Recurrent lumbar disk herniation. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(6):327-37.
6. Babar S, Saifuddin A. MRI of the post-discectomy lumbar spine. Clin Radiol. 2002;57(11):969-81.
7. Suk KS, Lee HM, Moon SH, et al. Recurrent lumbar disc herniation: results of operative management. Spine (Phila Pa 1976). 2001;26(6):672-6.
8. Khan MH, Rihn J, Steele G, et al. Postoperative management protocol for incidental dural tears during degenerative lumbar spine surgery: a review of 3,183 consecutive degenerative lumbar cases. Spine (Phila Pa 1976). 2006;31(22):2609-13.
9. Espiritu MT, Rhyne A, Darden BV 2nd. Dural tears in spine surgery. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(9):537-45.
10. Schwab FJ, Hawkinson N, Lafage V, et al. Risk factors for major peri-operative complications in adult spinal deformity surgery: a multi-center review of 953 consecutive patients. Eur Spine J. 2012;21(12):2603-10.
11. Cizik AM, Lee MJ, Martin BI, et al. Using the spine surgical invasiveness index to identify risk of surgical site infection: a multivariate analysis. J Bone Joint Surg Am. 2012;94(4):335-42.