



AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO
- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -

Pelo presente documento eu, _____, identidade _____, autorizo ao Dr. Elmano de Araujo Loures, Médico Traumatologista-Ortopedista, CRM-MG 12884 / RQE 639 a realizar em minha pessoa ou em _____ pelo(a) qual sou responsável, o(s) seguinte(s) procedimento(s) medico-cirurgico(s):

Autorizo ainda a realização de qualquer outro procedimento complementar não previsto ou a modificação do procedimento indicado e/ou a configuração dos implantes, caso julgado necessário durante o ato cirurgico e/ou no periodo imediato para a obtenção do melhor resultado possível no(s) procedimento(s) acima explicitado(s), assim como a aplicação de todos os recursos terapeuticos e propedeuticos indispensaveis a criterio do Dr. Elmano de Araujo Loures e de sua equipe. Reconheço ainda a titulação e habilitação do cirurgião e sua equipe.

Esta autorização se estende sem restrições a todos os demais médicos e paramedicos que vierem a participar do tratamento proposto que entendo como necessário e ao qual me submeto de forma livre e espontanea, consciente das possibilidades estatísticas de resultados insatisfatórios e potenciais complicações, algumas delas muito graves, em especial:

Para confirmação desta, declaro ter sido orientado em linguagem clara e com o uso de recursos grafo-visuais sobre a operação em si e a respeito de todos os cuidados pré e pós- operatórios a serem seguidos bem como dos riscos biológicos implícitos e eventualmente inevitáveis e/ou imprevisíveis e das possíveis complicações e acidentes anestésico-clínico-cirúrgicos deste(s) procedimento(s), entre elas: recidivas (especialmente nos tumores e deformidades), hematomas, hemorragias, necroses de tecidos, deiscências de suturas, infecções hospitalares locais e/ou gerais (sepsis) em 2% dos casos, irregularidades de superfície, discrepâncias de comprimento (15% dos casos) e/ou assimetrias nos membros, claudicação, neuromas, lesões viscerais, lesões nervosas, vasculares e/ou alterações de sensibilidade (1% dos casos), cicatrizes hipertroficadas e queloides, eventos trombo-embólicos, vasculares e cardiológicos em geral que podem levar à morte ou gerar sequelas graves, bem como dos potenciais problemas relacionados às próteses e implantes ortopédicos como durabilidade, resistência e biocompatibilidade, de inteira responsabilidade dos fabricantes dos mesmos.

Estou ciente que existe possibilidade de rejeição aos implantes e que instabilidade (luxação) em próteses de quadril acontece em cerca de 2 % dos casos e que mesmo com medidas profiláticas as embolias e trombozes podem ocorrer com consequências imprevisíveis. Tenho ainda ciência de que implantes de superfície articular cerâmica podem fraturar-se (0,1%).

Estou ciente das limitações funcionais que podem ser acarretadas pela(s) cirurgia(s) e do percentual médio de bons e maus resultados apontado pela literatura médica atual bem como dos objetivos finais do tratamento proposto, os quais aceito como plenamente satisfatórios já que o retorno ao estado de normalidade total não é possível em grande número dos casos.

Também fui informado que diabetes, obesidade, o uso de cigarros, álcool, tóxicos em geral e que o não cumprimento rigoroso das prescrições pós-operatórias e do cronograma de consultas de controle podem aumentar consideravelmente os riscos e problemas citados acima e comprometer o resultado de uma operação realizada nos padrões usuais e que as artroplastias são sujeitas a revisões sucessivas, tem durabilidade incerta e ainda que estas revisões tem riscos muito aumentados em relação a cirurgia primária.

Estou ciente que todas as medidas de segurança disponíveis no hospital ou clínica onde será desenvolvido o tratamento serão tomadas e que todos os recursos técnicos pessoais do cirurgião e sua equipe serão usados visando reduzir ao mínimo os riscos listados e outros não especificamente aqui citados na busca dos melhores resultados possíveis em se considerando a patologia ou a lesão apresentada e as circunstâncias imprevisíveis, imponderáveis e variáveis de todo e qualquer ato médico-cirúrgico onde se incluem a ocorrência de variações anatômicas e fraturas em decorrência de má qualidade óssea ou distorções anatómicas.

Tenho plena consciência e fui explicitamente orientado para o fato de que as artroplastias e as cirurgias reconstrutoras ortopédicas são procedimentos médicos com grau de risco que varia de moderado a elevado.

Autorizo o uso dos dados contidos em meus registros médicos para fins estritamente científicos, dentro das normas éticas e técnicas nacionais e internacionais.

Por ser verdade, firmo o presente, confirmando o entendimento de todo o conteúdo deste documento..

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____

Cliente ou responsável: _____

Médico: _____