

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
ORTOPÉDICO**

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento proposto: _____

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) responsável sobre a necessidade da realização de cirurgia ortopédica, a qual pode envolver a implantação de próteses, órteses e/ou outros materiais especiais, tais como placas, parafusos, hastes, fios, enxertos, espaçadores ou dispositivos similares, conforme indicação médica, com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento de afecções do sistema musculoesquelético, envolvendo ossos, articulações, músculos, tendões, ligamentos e estruturas associadas.

Foi-me esclarecido que a cirurgia ortopédica é indicada com o objetivo de tratar lesões traumáticas, doenças degenerativas, inflamatórias, congênitas ou adquiridas, corrigir deformidades, restaurar ou melhorar a função do membro ou articulação acometida, aliviar dor e prevenir a progressão da doença ou o surgimento de complicações futuras.

Os benefícios esperados com a realização da cirurgia incluem a melhora ou alívio da dor, recuperação ou melhora da função e mobilidade, correção de alterações estruturais, estabilização articular, melhora da qualidade de vida e retorno às atividades diárias. Fui informado(a) de que os resultados podem variar conforme o tipo de cirurgia, condições clínicas individuais, adesão à reabilitação e resposta do organismo, não havendo garantia absoluta de sucesso ou cura.

Fui esclarecido(a) de que, como todo procedimento cirúrgico, a cirurgia ortopédica envolve riscos, ainda que raros, que podem incluir dor, sangramento, infecção, trombose, rigidez articular, atraso ou falha na consolidação óssea, limitação funcional, lesões de nervos ou vasos sanguíneos, reações adversas a medicamentos ou à anestesia, falha, desgaste, soltura ou quebra de implantes, bem como reação adversa, rejeição ou intolerância ao material implantado.

Compreendo que a rejeição ou complicações relacionadas ao implante podem acarretar dor persistente, inflamação, infecção, perda da função, necessidade de retirada ou substituição do

material, realização de novos procedimentos cirúrgicos, prolongamento do tratamento e possíveis limitações temporárias ou permanentes. Em situações excepcionais, podem ocorrer complicações graves, inclusive risco à vida.

Declaro que recebi explicações claras e compreensíveis, tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, fui informado(a) sobre alternativas terapêuticas, inclusive a possibilidade de não realizar o procedimento e suas consequências. Estou ciente de que poderão ser necessários cuidados adicionais, exames, procedimentos complementares ou mudanças de conduta durante ou após a cirurgia, visando minha segurança e adequada evolução clínica.

Assim, autorizo livremente a realização da cirurgia ortopédica indicada, bem como a utilização de próteses, órteses e outros materiais especiais, quando necessários, além da realização de anestesia, uso de medicamentos, implantes, transfusão sanguínea (se indicada) e cuidados pós-operatórios.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

