**HOSPITAL MADRE TERESAORTOPEDIA E TRAUAMTOLOGIA**

**GRUPO DE CIRURGIA DO TORNOZELO E PÉ**

 **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**ARTRODESE DO RETROPÉ/MEDIOPÉ**

**Identificação do Paciente ou Responsável:**

Nome do Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_\_ Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico Responsável**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6o III e 39o VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico supracitado e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): **ARTRODESE DO RETROPÉ OU MEDIOPÉ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

 Estou ciente das possiveis complicações locais, gerais e específicas, que poderão decorrer da realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), listadas abaixo e explicadas pelo médico:

* Alterações da pele tais como epidermólise e necrose superficial e/ou profunda;
* Infecção superficial e/ou profunda no local da cirurgia;
* Trombose venosa profunda e Tromboembolismo, podendo levar a complicações sistêmicas graves;
* Problemas circulatórios agudos tais com obstrução arterial levando a isquemia do membro e possibilidade de amputação;
* Complicações específicas do material de síntese tais com falha, soltura, etc...
* Não consolidação óssea, havendo a necessidade de reoperação;
* Perda da correção inicialmente proposta e/ou falha em obter a correção desejada prevista para o procedimento proposto;
* Complicações relacionadas ao pós operatório: Falha na reabilitação, distrofia simpático reflexa, edema residual, dor residual crônica, dor noturna e outras.
* Complicações relacionadas com a cicatriz tais com cicatriz hipertrofica e/ou queloide;
* Problemas tardios na reabilitação comprometendo o resultado final do procedimento proposto.
* Parestesias em determinadas áreas devido à alterações pós operatórias dos nervos periféricos ( Neuropraxia, etc.. ).

 Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

 Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico da Anestesiologia já assinado.

 Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais, muitas delas já citadas acima.

 Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo queautorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

 Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

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

 Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

*Belo Horizonte,\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_. Às\_\_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do paciente ou responsável

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo e assinatura do Médico responsável

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha