



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ARTROSCOPIA**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento cirúrgico designado “**ARTROSCOPIA**” .

Local: _____ . _____

Lateralidade: () direita () esquerda

- **Definição:** Artroscopia consiste em uma técnica minimamente invasiva em que são realizadas pequenas incisões que aparentam “furos” no local abordado. Estes “furos” possibilitam a entrada do artroscópio, instrumento com formato e tamanho semelhante de um lápis que possui uma pequena câmera com luz na sua ponta, de pinças ou outros instrumentos e de soro fisiológico no interior da articulação.

- **Principais Complicações:** infecção; perda funcional – quando membro operado não recupera totalmente para dobrar ou esticar ou ambas; trombose venosa profunda; hemartrose – sangramento que se acumula dentro da articulação; evolução da osteoartrose, apesar de ter sido abordada cirurgicamente e que pode levar a novos procedimentos cirúrgicos futuros; perda de fragmento meniscal – quando um pedaço do menisco se solta na articulação e não é mais encontrado; perda ou quebra de material cirúrgico na articulação ou presença de micro fragmentos metálicos por desgaste das lâminas de alta rotação; possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), dor crônica na intervinha articular operada, persistente após três meses de cirurgia, de intensidade variável, comumente dor de leve intensidade, raramente dor incapacitante para atividades diárias e trabalho; conversão para cirurgia aberta (com corte) nos casos em que a opção inicial for videoartroscopia, por condições próprias do paciente, da cirurgia/patologia em tratamento ou por situações inesperadas.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ARTROSCOPIA**

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
ARTROSCOPIA**

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____