



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)
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR**

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 “**OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR**”.

Local: _____

Lateralidade: () direita () esquerda

- **Definição:** consiste em colocar o(s) osso(s) fraturado (s) no lugar e mantê-los alinhados através de fixação por hastes, placas, parafusos, pinos ou fixadores externos, dependendo da gravidade da lesão.

- **Principais complicações:** Infecção, rejeição do metal, necrose de pele e músculos, pseudo artrose - não consolidação da fratura, encurtamento do membro, deformidade, perda do movimento da articulação afetada, perda de função do membro, alterações neurológicas, déficit de força, déficit de movimento, alteração de sensibilidade, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira), dor crônica. Síndrome compartimental (pode acontecer antes e depois de ser operado), caracterizada por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento.

No caso de Fraturas expostas (quando a pele se rompe e o osso entra em contato com o meio ambiente) há um maior risco de infecção devido à gravidade da lesão, os tecidos sofrem mais necrose e as complicações são mais frequentes.

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.

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,



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)
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR**

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: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____