**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Tratamento Cirúrgico de Escoliose Idiopática** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento **Tratamento Cirúrgico de Escoliose Idiopática** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO**:Escoliose Idiopática

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: O procedimento destina-se a correção da deformidade na coluna vertebral denominada escoliose idiopática. Tal ato cirúrgico tem como objetivo corrigir a deformidade, utilizando-se de colocação de parafusos inseridos pelos pedículos vertebrais e correção da deformidade ao colocar as hastes que ligam os parafusos uns aos outros. Posteriormente será realizado preparo e colocação de enxertos ósseos para que aconteça a artrodese. A artrodese é a consolidação óssea, mantendo a coluna vertebral estática e posicionada conforme a correção feita.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES**: Coagulopatia, trombose (formação de sangue coagulado) e oclusão arterial pulmonar complicada com parada circulatória;

* Embolia gasosa com parada cardíaca;
* Choque (insuficiência cárdio – circulatória) infarto agudo do miocárdio (morte de parte do músculo cardíaco), espasmo arterial (diminuição do calibre da artéria) em todos os órgãos inclusive cérebro (derrame) com subsequente paralisia;
* Suprimento de oxigênio insuficiente para órgãos isolados ou difusamente em todo o sistema circulatório;
* Hemorragia tecidual ou decorrente de pequenos ou grandes vasos sanguíneos complicados com perdas sanguíneas importantes necessitando transfusão sanguínea ou mesmo uma nova cirurgia de urgência;
* Perda sanguínea grande durante a cirurgia pode levar a coagulopatia, choque ou insuficiência renal;
* Infecção causadas por microrganismos podem ocorrer no pós-operatório ou mesmo tardiamente após longos períodos (até anos);
* Infecção de pele ou de tecido cirúrgico, órgãos ou tecidos podem tornar-se desvitalizados ou o corpo todo pode ser afetado por um choque séptico com risco de vida;
* Riscos inerentes a transfusões sanguíneas, inclusive choque devido a intolerância, e doenças infecciosas como hepatite, sífilis, AIDS e outras doenças infecciosas mesmo, apesar dos testes que são feitos nos sangues transfundidos;
* A posição requerida durante a cirurgia na mesa cirúrgica pode levar a úlceras de pressão, lesões de pele, queimaduras, distensão articular, fraturas e outras lesões tal como neuroparalisia, apesar dos cuidados que são tomados;
* Risco de morte.

As drogas dadas durante a cirurgia podem causar reações adversas com resposta circulatória que podem levar ao choque. Drenos de sucção frequentemente são usados na ferida cirúrgica para permitir a drenagem da exsudação da ferida. Estes drenos as vezes incomodam, podem causar dor e irritar localmente a pele. Estes drenos podem quebrar, nos casos extremos, quando estão sendo removidos, deixando, portanto, pedaço do mesmo que pode necessitar novo procedimento cirúrgico para removê-lo.

Após a cirurgia, o anestesista e o cirurgião decidem a necessidade de suporte intensivo (CTI) manutenção da respiração artificial com auxílio de respirador. Um curto período na sala de recuperação anestésica para melhor observação é frequentemente realizado após a cirurgia.

Todo procedimento cirúrgico-anestésico pode não alcançar o objetivo pretendido, seja ele qual for. Todo procedimento cirúrgico pode ter que ser revisado ou modificado a qualquer momento, muitas vezes anos após a sua realização.

O sintoma de dor é subjetivo, muitas vezes originado por várias causas, inclusive aspectos psicossociais frequentemente influenciam no estado de dor. Em caso de procedimentos cirúrgicos realizados para tratamento do sintoma de dor, a melhora da dor pode não ocorrer, ou não ocorrer como desejado pelo paciente e médico assistente. Pode ocorrer, em raras vezes, até mesmo piora do quadro de dor.

**Notas e riscos gerais das cirurgias da coluna vertebral**

Os seguintes riscos são geralmente associados com este tipo de cirurgia:

1. Lesões aos nervos e medula espinhal com paralisia e disestesia tal como queimação, formigamento ou dormência. Cistoplegia e proctoparalisia, paraplegia, tetraplegia e paralisia respiratória para as cirurgias na coluna cervical;
2. Lesões às fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas podem causar entre outras coisas uma enteroparalisia com indigestão, distúrbio na sensação de quente e frio, alterações na circulação sanguínea, secreção sudorípara, distúrbio na sensação sexual podem ser causados;
3. Lesões das podem levar à fistula liquórica com subsequente dor de cabeça e também meningite ou meningoencefalite.
4. Lesões ou alterações ao suprimento sanguíneo podem levar à todos condições e complicações descritas acima, podem levar à desvitalização do osso ou da medula. Em raros casos pode haver formação de uma fistula artério- venosa causada direta ou indiretamente aos vasos sanguíneos, isto pode criar um fluxo reverso com circulação inadequada e formação de coágulo;
5. Lesão de pele, intestino e artéria e veias intestinais com hemorragia ou circulação inadequada pode ser causada por cirurgias corretivas por estiramento mecânico;
6. Lesões oculares com comprometimento incompleto ou completo da capacidade de enxergar (cegueira) são descritas raramente em cirurgias de coluna. Estes riscos são maiores em cirurgias realizadas em decúbito ventral (paciente de barriga para baixo).

Uma redução na mobilidade vertebral é um resultado de todas as cirurgias vertebrais de estabilização. Os segmentos fundidos cirurgicamente estão submetidos à “estresses” diferentes de antes da cirurgia.

**TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**: Em escolioses de indicação cirúrgica, não existem tratamentos alternativos eficazes.

**Declaro, adicionalmente, que:**

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

6. Para a realização do Procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do Paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que ficarem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

7. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle álgico.

8. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Grupo Orizonti.

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

10. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

11. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

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

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**