

Túlio Vinícius de Oliveira Campos
Professor Adjunto do Departamento de Aparelho Locomotor – UFMG
Mestre em Medicina Molecular – UFMG
Doutor em Cirurgia e Oftalmologia - UFMG
Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade de Trauma Ortopédico
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho



Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Procedimento: Artroscopia do Joelho

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 Cirúrgico proposto: Artroscopia do joelho, lado** _____

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: _____

LATERALIDADE: _____

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: _____

Túlio Vinícius de Oliveira Campos
Professor Adjunto do Departamento de Aparelho Locomotor – UFMG
Mestre em Medicina Molecular – UFMG
Doutor em Cirurgia e Oftalmologia - UFMG
Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade de Trauma Ortopédico
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho



RISCOS, COMPLICAÇÕES: Infecção, Trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, dor residual, morte.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: Infiltração, fisioterapia e analgésicos.

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 anestesiológico; 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 anestesiológico] ou [emitido pelo médico anestesiológico 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 crioprecipitado 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 ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas,

Túlio Vinícius de Oliveira Campos
Professor Adjunto do Departamento de Aparelho Locomotor – UFMG
Mestre em Medicina Molecular – UFMG
Doutor em Cirurgia e Oftalmologia - UFMG
Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade de Trauma Ortopédico
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho



febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda 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 algico.

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

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

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, [___ / ___ / ___] [___ : ___]

Túlio Vinícius de Oliveira Campos
Professor Adjunto do Departamento de Aparelho Locomotor – UFMG
Mestre em Medicina Molecular – UFMG
Doutor em Cirurgia e Oftalmologia - UFMG
Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade de Trauma Ortopédico
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho



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