

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.005			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Curetagem Artroscopia			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, CIRURGIÃO ORTOPEDISTA, RQE (REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALIDADE) Nº _____ (SBOT), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "ARTROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE LESÕES MENISCAIS E CONDRAIS" CID-10 S83.2 e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Consiste na correção de ruptura meniscal através de reparo ou remoção parcial da área afetada, desbridamento artroscópico de tecido inflamatório que circunda o menisco afetado com instrumento motorizado (Shaver). Quando presente, as lesões condrais podem ser tratadas com ressecção de corpos livres cartilagosos intra articulares, e remoção de "flap" meniscal. Pode ser necessária microperfuração do osso subcondral para estimular formação de tecido fibro cicatricial. Em alguns casos, podem ser utilizados grampos de sutura meniscal. A anestesia pode ser raquimedular ou geral. Alguns pacientes podem ser operados com anestesia local e sedação endovenosa.


INDICAÇÕES DE CIRURGIA: Dor relacionada ao transtorno meniscal, derrame articular, impossibilidade funcional, perda da amplitude de movimento.

COMPLICAÇÕES:

1. Formação de seroma (acúmulo de líquido na incisão), comum, eventualmente hematomas com ou sem infecção local. Complicações de incisões (dos cortes) são mais frequentes nos pacientes com diabetes mellitus mal controlada, fumantes, obesos (índice de massa corporal maior que 30).
2. Infecções locais mais graves podem requerer nova cirurgia para lavagem da articulação (incomum).
3. 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.
4. Evolução da osteoartrose, que é a perda da cobertura cartilaginosa da superfície articular, normalmente relacionada a dano condral prévio, que pode levar a novos procedimentos cirúrgicos futuros.
5. Re-operação(ões), na mesma internação, por sangramento (raro).
6. Complicações cardiológicas, respiratórias, pulmonares, trombozes, embolia pulmonar, são pouco comuns em pacientes de baixo risco cirúrgico, sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas. A morte em cirurgias eletivas, em pacientes sem doenças ou com doenças controladas com tratamento é um evento muito raro.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
8. 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.

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- ⊕ Cirurgias limpas: até 4%
 - ⊕ Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
 - ⊕ Cirurgias contaminadas: até 17%

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.005		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Curetagem Artroscopia		

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

- () Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.
 () Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS), _____ de _____ de _____

Ass. Paciente e/ou Responsável

RG: _____

CPF: _____

Md _____

CRM _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.