

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO E/OU TRAUMATOLÓGICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Na condição de paciente ou de responsável pelo paciente acima, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais médicos vinculados ao seu atendimento a realizar na especialidade médica de ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

2. Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) de forma clara pelo médico assistente acima identificado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, os riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tais como:

3. Fui orientado, inclusive, sobre a opção de não realização do tratamento e as suas consequências para a minha saúde. Pude fazer perguntas que considerei cabíveis e estas me foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

4. Fui informado que todo procedimento cirúrgico representa risco de perda da vida (MORTE/ÓBITO), em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse.

5. Fui informado que o procedimento cirúrgico implica riscos de ordens e graus variados e que não há garantia e nem promessas quanto à obtenção de resultado satisfatório para este ato médico. Eventos adversos podem ocorrer, podendo ser graves e inesperados, bem como complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos, anestesia e outros, podendo incluir, mas não se limitando a: *possibilidade de isquemia periférica, insuficiência renal, problemas cardíacos (baixo débito, arritmias, bloqueios átrio-ventriculares, infartos, dissecação aguda da aorta); infecções (inclusive grave – sepse);*

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO E/OU TRAUMATOLÓGICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

sangramento; reações secundárias; coágulos; perda de sensibilidade; perda de funcionalidade das extremidades; paralisias; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fístulas e abertura de suturas; deficiências protéticas; anemia; tromboembolismo venoso (TEV); fraturas associadas; rigidez articular que pode dificultar a marcha; sangramento no canal medular com comprometimento da função motora e sensitiva; aumento da pressão dos compartimentos dos membros inferiores e superiores com conseqüente compressão vascular; risco de necrose tissular com necessidade eventual de fasciotomia múltiplas e até perda do membro além da síndrome dolorosa regional complexa; alterações pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); alterações vasculares com possibilidade de falência múltipla de órgãos; falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbito (úlceras de pressão); discrasias sanguíneas e hemorrágicas; lesões (temporárias e/ou definitivas) das funções; evento tromboembólico; alteração ou dificuldade de movimentos; perda ou alteração de força do membro; lesão vasculo-nervosas, instabilidade da prótese; queimaduras do bisturi elétrico, perda ou redução da capacidade para o trabalho, amputação de membro, e, inclusive, MORTE.

6. As complicações podem ser imediatas ou aparecerem após dias, meses ou anos, inclusive podem levar a re-operação, permanência no hospital superior à prevista, inclusive, em leito de UTI, e a transfusão de sangue. Estou ciente que devo buscar o retorno imediato ao médico se eu constatar complicações posteriores à cirurgia ou ao tratamento que fui submetido, especialmente quando verificar dor, febre, abertura de pontos ou tontura, dentre outros motivos anormais de saúde.

7. Estou ciente que, mesmo com o sucesso da cirurgia e independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico, ainda assim existe risco de ficar com sequelas não previstas em decorrência da gravidade e/ou do impacto do trauma sofrido.

8. Estou ciente e de acordo que o ato médico em questão é uma obrigação de meio, motivo pelo qual **não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado**. Ainda, que dependendo da causa da lesão, as chances de sequelas pós-tratamento serão maiores ou menores, bem como dependem das condições orgânicas de cada indivíduo. Estou ciente que nos traumas de grande impacto, as chances de sequela obviamente serão maiores, independentemente do tratamento ou das técnicas empregadas. Em todo caso, aceito o fato que é praticamente impossível o indivíduo ficar em condições físicas idênticas ou melhores às que possuía antes de sofrer um trauma.

9. Estou ciente de que, dependendo do caso específico, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), de acordo com o julgamento técnico exclusivo do médico assistente. Fui cientificado de que, ocorrendo o uso de OPME, com o passar do tempo é possível que a placa, a órtese ou a prótese implantada, especialmente em áreas perpendiculares, mas não exclusivamente nestas, pode fadigar e conseqüentemente quebrar, inclusive, por novo trauma ou choque/batida, mesmo com o osso já consolidado. Se isso ocorrer poderá ocasionar a necessidade de realização de uma nova cirurgia para retirada ou substituição da placa, da órtese ou prótese.

10. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, inclusive com a possibilidade de ser feita ANESTESIA GERAL, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada PROCEDIMENTO ANESTÉSICO. Autorizo a realização de anestesia, de qualquer tipo ou porte, conforme o julgamento técnico do médico assistente e do anestesista.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO E/OU TRAUMATOLÓGICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

11. Caso seja necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

12. Fui informado sobre a possibilidade de que seja necessária a realização de enxerto de pele, obtendo-se tecidos de outras partes do meu corpo para tanto, procedimento com o qual manifesto concordância se feito com o objetivo de afastar risco imediato ou eminente de perda de membro, função ou morte.

13. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura ou dor. Além disso, fui informado sobre os cuidados pós-operatórios e pós-alta hospitalar, me comprometendo a evitar a realização de determinados movimentos e/ou de esforços físicos sem que tenha expressa recomendação ou autorização médica prévia.

14. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo o médico assistente e sua equipe a adotar os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, conforme seu julgamento técnico, na tentativa de afastar o perigo de morte apurado com os recursos disponíveis no hospital, ou, se necessário, a proceder na transferência do paciente para outro hospital, que tenha os recursos disponíveis para dar, ou continuar, o tratamento necessário.

15. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, bem como a utilizar as imagens obtidas e os dados do prontuário em treinamentos e/ou pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

16. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento.

17. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento cirúrgico e assumindo os riscos inerentes a este.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – UCIH
	ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		
Peso (kg):		
Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas? () SIM () NÃO Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g () 3g ()	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ()	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ()	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ()	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g () 1.5g ()	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

Assinatura e Carimbo do Cirurgião