



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ORTOPEDIA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ declara, para os devidos fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico da Santa Casa de Sertãozinho, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico, bem como executar o procedimento _____ cirúrgico denominado _____, e todos os procedimentos que o incluem, podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

I) As terapias alternativas existentes para o tratamento que foram apresentadas são: Tratamento conservador, tendo em vista que não há tratamento alternativo ao cirúrgico que traga as mesmas chances de bom prognóstico.

II) O tratamento cirúrgico autorizado tem o objetivo de: Resolução das lesões e/ou afecções que o acometem, melhorar suas condições clínicas e permitir uma melhor recuperação.

III) Os principais desconfortos e riscos possíveis para este procedimento são: Risco anestésico, hemorragia, lesão de vasos, nervos, partes moles ou ósseas, amputação, transfusão de hemoderivados, infecção e morte.

IV) As possíveis sequelas, efeitos adversos ou complicações para este procedimento são: Trombose venosa ou arterial, atelectasia pulmonar, deiscência de ferida, formação de seroma ou hematoma, infecção superficial ou profunda, necessidade de novas abordagens, resultados insatisfatórios pela gravidade da lesão, dor crônica, deformidade no membro, amputação.

V) Posteriormente à realização o procedimento deverá se submeter a tratamentos outros para obtenção do resultado esperado, tais como: Fisioterapia, curativos, cuidados com o operado, respeito às restrições de mobilização e carga, retornos ambulatoriais, uso das medicações prescritas e seguimento das orientações médicas.

Declara, ainda, que foi esclarecido que em toda cirurgia existem riscos significantes, como perda intensa de sangue, infecção e ataque cardíaco, que podem levar à morte ou incapacidade temporária ou permanente. Nos casos de cirurgias, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão, levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos. A lista de riscos e complicações aqui apresentada visa ilustrar as possibilidades



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

mais frequentes, mas não inclui todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem aparecer no futuro e não foram informados neste documento.

A administração da anestesia será feita por um médico anestesiológico. Toda anestesia envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígados e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

Declara também que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo médico que assina este documento, membro do grupo da Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de Sertãozinho, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar as providências necessárias para buscar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido 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.

SANTA CASA DE SERTÃOZINHO, SERTÃOZINHO – SP, ___ / ___ / ___.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável pelo (a) paciente

Assinatura e carimbo do médico
