 <b>JUNTOS SOMOS+</b>	<b>TCLE ARTRODESE NA COLUNA</b>	CÓDIGO: FO.DT.008
		ELABORAÇÃO: 01/09/2025
		REVISÃO: 01/09/2027
		PÁGINA: 1 de 3

<b>Paciente:</b>	
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____	<b>Prontuário:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	

## EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

A artrodese posterior da coluna vertebral é uma cirurgia que tem como objetivo estabilizar uma ou mais vértebras da coluna cervical (pescoço), torácica (meio das costas) ou lombar (parte inferior das costas). O procedimento consiste na colocação de implantes (parafusos, hastes, placas e/ou cages), associados ou não a enxerto ósseo, com a finalidade de promover a fusão óssea entre as vértebras.

## INDICAÇÕES

O procedimento pode ser indicado em casos como:

- Instabilidade da coluna após traumas, degeneração, infecções ou tumores.- Deformidades como cifose, escoliose e espondilolistese(quando uma vértebra escorrega sobre a vertebra de baixo)
- Doenças degenerativas (estenose de canal, hérnia de disco com instabilidade).
- Reoperação após falha de cirurgias anteriores.

## BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Estabilização da coluna.
- Redução da dor e melhora da função.
- Prevenção da progressão de deformidades e da piora de déficits neurológicos.

## RISCOS E COMPLICAÇÕES

Todo procedimento cirúrgico apresenta riscos, entre eles:

Gerais: Infecção, sangramento, hematoma, trombose venosa profunda(quando o sangue coagula dentro das veias) ou embolia pulmonar (quando esse sangue coagulado vai parar no pulmão). Complicações anestésicas: reações alérgicas, taquicardia (coração acelerado), bradicardia (coração com poucos batimentos, arritmia cardíaca (coração com batimentos não coordenados, parada cardiorrespiratória.

Específicos da artrodese: Lesão neurológica (medula ou raízes nervosas), podendo causar dor, dormência, fraqueza ou paralisia. Lesão vascular (ex.: artérias vertebrais, grandes vasos torácicos ou abdominais). Pseudoartrose: quando não ocorre a fusão das vertebrae que foi a proposta pela cirurgia. Soltura, quebra ou falha dos implantes. Dor persistente ou limitação funcional. Rigidez da coluna na área operada. Necessidade de nova cirurgia.

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao Tratamento Cirúrgico de Artrodese da Coluna\_\_\_\_\_ bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da **SCMSSP**;
2. Estou ciente que o Tratamento Cirúrgico de Artrodese da Coluna \_\_\_\_\_ é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;
5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e

possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao joelho não operado; que não há garantia de retorno ao mesmo nível de atividade esportiva praticado antes da lesão; e que os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas e fisioterápicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: falha do enxerto, instabilidade residual, rigidez articular, dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;

10. Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

11. Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

12. Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;

15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização Artrodese Coluna \_\_\_\_\_.

#### **TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, **RESERVO-ME** o direito de **REVOGAR** este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

( ) Paciente ( ) Responsável Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

#### **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM-MG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_


( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

#### **TESTEMUNHAS**

1ª Testemunha

2ª Testemunha

	<b>TCLE ARTRODESE NA COLUNA</b>	CÓDIGO: FO.DT.008
		ELABORAÇÃO: 01/09/2025
		REVISÃO: 01/09/2027
		PÁGINA: 3 de 3

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

### ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

### CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do **HEMOMINAS**.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso

São Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do paciente ou responsável  
 CPF: