

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****1. DEFINIÇÃO:**

A fratura do acetábulo é uma lesão que ocorre na parte da pelve responsável por formar a cavidade onde a cabeça do fêmur se encaixa, ou seja, na articulação do quadril. Trata-se de uma fratura grave e complexa, pois envolve uma articulação que suporta peso e, muitas vezes, ocorre em decorrência de traumas de alta energia, como acidentes de trânsito ou quedas de grandes alturas. Em pessoas idosas, mesmo quedas simples podem causar esse tipo de fratura devido à fragilidade óssea causada pela osteoporose.

Anatomicamente, o acetábulo é uma cavidade formada pela união de três ossos da pelve: o ilíio, o ísquio e o púbis. Ele funciona como uma concha que abriga a cabeça do fêmur, permitindo os movimentos do quadril. Quando essa estrutura é fraturada, a estabilidade e o funcionamento do quadril podem ser gravemente comprometidos.

Os sintomas mais comuns incluem dor intensa no quadril, dificuldade ou incapacidade de andar, inchaço, hematomas e, em casos mais graves, deformidade visível ou encurtamento do membro inferior. O diagnóstico é feito por radiografias e por tomografia computadorizada. Em alguns casos, outras lesões associadas, como danos a nervos ou vasos sanguíneos, também precisam ser avaliadas.

As fraturas do acetábulo podem ser simples ou complexas, dependendo da quantidade e do tipo de fragmentos ósseos envolvidos.

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O tratamento conservador é reservado para fraturas que não apresentam deslocamento, quando a articulação permanece estável, ou em pacientes que não têm condições clínicas para uma cirurgia. Nestes casos, indica-se repouso com restrição de apoio sobre a perna afetada por um período que pode variar de seis a doze semanas, uso de medicamentos analgésicos e anticoagulantes para prevenir trombose, além de fisioterapia gradual.

Quando a fratura apresenta deslocamento, compromete o encaixe entre a cabeça do fêmur e o acetábulo, ou está associada à luxação do quadril, o tratamento cirúrgico é indicado. A cirurgia consiste na redução da fratura (repositionamento dos fragmentos ósseos) e na fixação com placas e parafusos, num procedimento chamado osteossíntese. O objetivo é restaurar a anatomia da articulação, manter sua estabilidade e prevenir complicações como a artrose pós-traumática.

A recuperação após uma fratura do acetábulo é lenta e exige acompanhamento rigoroso. A reabilitação pode durar vários meses, com fisioterapia para recuperar a força muscular, o equilíbrio e os movimentos da articulação. Em geral, o paciente só pode apoiar peso total sobre a perna afetada após cerca de seis a doze semanas, dependendo da gravidade da fratura e da qualidade da fixação cirúrgica.

**2. COMPLICAÇÕES E RISCOS:**

- A artrose pós-traumática do quadril;
- Necrose da cabeça do fêmur;
- Infecção;
- Trombose venosa profunda;
- Lesão do nervo ciático;
- Necessidade de uma nova cirurgia para colocação de prótese devido à deterioração da articulação ao longo do tempo.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados a Osteossíntese de Fratura de Acetábulo 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 a Osteossíntese de Fratura de Acetábulo 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 complicações 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 Osteossíntese de Fratura de Acetáculo.

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

Confirme 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**

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

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

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

**2ª Testemunha**

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

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

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 Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

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