

Paciente:**Data de nascimento:** _____ / _____ / _____**Prontuário:****Nome da mãe:****1. Procedimento Proposto**

O procedimento indicado é a cirurgia de osteossíntese de fratura em osso(s) do membro superior (ex.: escápula, úmero, rádio, ulna, ossos do carpo), que consiste na fixação da fratura utilizando materiais específicos (placas, parafusos, hastes, fios ou outros dispositivos), com o objetivo de restabelecer o alinhamento, a estabilidade e a função do membro afetado.

Local da cirurgia: _____

2. Benefícios Esperados

- Melhora da dor relacionada à fratura.
- Estabilização do osso fraturado e consolidação do mesmo.
- Recuperação da mobilidade e da função do membro.
- Redução do risco de consolidação inadequada da fratura.

3. Riscos e Complicações Possíveis

Fui informado(a) de que, apesar dos cuidados médicos, podem ocorrer complicações, tais como (mas não se limitando a):

- Infecção da ferida cirúrgica.
- Sangramento ou hematoma.
- Lesão de nervos, vasos sanguíneos ou tendões próximos.
- Reações adversas à anestesia.
- Retardo de consolidação, pseudartrose (não consolidação) ou consolidação em posição inadequada.
- Rígidez articular, perda parcial/total de mobilidade ou diminuição de força e função do membro.
- Dor crônica no local da cirurgia e membro abordado.
- Alergia ou rejeição ao material de síntese.
- Necessidade de novas cirurgias para revisão ou retirada do material.
- Possibilidade de formação de cicatrizes grosseiras e quelóides.

Declaração do Paciente:

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao Tratamento Cirúrgico de fratura de ossos dos membros superiores 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 fratura de ossos dos membros superiores 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;

1^a Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2^a 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: