

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****Resumo do procedimento**

A fasciotomia plantar é um procedimento cirúrgico que envolve o corte parcial da fáscia plantar, o tecido conjuntivo que percorre a planta do pé, para aliviar a tensão e a dor causadas pela fasceite plantar (popularmente conhecida como "esporão"). O objetivo é diminuir a tensão sobre este tecido, o que pode ser feito com ou sem a remoção do esporão do calcâneo.

**Riscos, complicações, sequelas e alternativas**

Riscos incluem infecção, sangramento/transfusão, lesão de nervos/vasos, dor crônica, déficit sensitivo/motor, falha/rejeição, necessidade de novas cirurgias, recidiva do quadro doloroso. Complicações muito graves são raríssimas; ainda assim, como em qualquer cirurgia e ato anestésico, existe possibilidade remota de desfechos fatais.

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Fasciotomia Plantar** 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 **Fasciotomia Plantar** 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, 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 pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: 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;



## **TCLE FASCIOTOMIA PLANTAR**

CÓDIGO: FO.DT.066

ELABORAÇÃO: 18/11/2025

REVISÃO: 18/11/2027

PÁGINA: 2 de 3

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 comprehensível 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 comprehensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realizacão da **Fasciotomia Plantar**.

**TERMO DE REVOCACÃO (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.

**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 assinado.

TESTEMUNHAS

## TESTEMUNHADAS

**1 Testemanna** \_\_\_\_\_ **2 Testemanna** \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

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

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

#### **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: \_\_\_\_\_