

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPEDIA

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_, e a sua equipe, a realizar em mim a cirurgia  
\_\_\_\_\_.

O procedimento cirúrgico a ser realizado foi explicado pelo meu médico e estou ciente do objetivo da cirurgia.

Fui devidamente informado que a cirurgia para tratamento pode apresentar riscos, que incluem: infecção de pele, hematoma, trombose venosa, embolia pulmonar, dormência em torno da região operada, risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos e risco de vida.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste termo pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e outros mais severos.

A cirurgia a que me submeto é o tratamento indicado para minha doença e que não pode ser garantido os resultados desejados, já que os resultados dependem além do procedimento cirúrgico, de fatores como meu estado geral, não fumar, não utilizar bebidas alcoólicas, controle do meu peso, minhas outras doenças estarem controladas, meus cuidados e o tratamento no pós-operatório e a não ocorrência de complicações cirúrgicas.

Declaro que me foi dado o direito de não me submeter ao procedimento cirúrgico caso não concordasse com o supracitado.

Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a doença, a operação, as possíveis complicações, a evolução pós-operatória, o tratamento pós-operatório que terei que realizar, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e optei livremente por me submeter ao procedimento, por isso, firmo este termo de consentimento.

Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

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

Testemunha: \_\_\_\_\_.

Testemunha: \_\_\_\_\_.