



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

Consentimento informado

Prótese total do joelho (PTJ) | convencional ou assistida por robótica

VERSÃO PARA REVISÃO DO CIRURGIÃO E DA UNIDADE | 03/10/2026

Preencher o plano individual antes de utilizar com doentes.

01 | IDENTIFICAÇÃO E PROPOSTA CIRÚRGICA

Nome: _____

Nascimento: ____ / ____ / ____ N.º SNS: _____

Processo: _____ Unidade: _____

Diagnóstico / indicação: _____

Joelho a operar: ☐ direito ☐ esquerdo

Procedimento: Prótese total do joelho (PTJ)

Implante / fixação: [A CONFIRMAR] _____

Tratamento da rótula: [A CONFIRMAR] _____

Procedimento, objetivos e limites

Substituem-se as superfícies articulares danificadas do joelho por componentes protésicos; a rótula pode ser revestida quando indicado. Pretende-se aliviar a dor, corrigir deformidade e melhorar a função. O material refere até 20% de dor residual ou insatisfação funcional, independentemente da técnica.

Não existe garantia absoluta de resultado, ausência de dor ou duração da prótese.

Alternativas e opção de não operar

Conforme o caso: medicação, fisioterapia, adaptação da atividade, controlo do peso, infiltrações e outras opções cirúrgicas a discutir. A adequação e as consequências de adiar ou recusar têm de ser explicadas individualmente.

Alternativas / consequências discutidas: _____

Anestesia e respetivo processo de informação: [A CONFIRMAR] _____

02 | RISCOS GERAIS E INDIVIDUAIS

Doente: _____ Processo: _____

Referências do consentimento PTJ fornecido, não taxas pessoais nem previsão individual. Não somar valores; estudos e tempos diferentes.

Risco / desfecho	Referência do material
Infeção profunda da prótese	Convencional: 0,44-1,0% Robótica: 1,6-1,7% em algumas séries
Rigidez / artrofibrose	7,5-8,7%
Lesão do mecanismo extensor / tendão patelar	0,9-3,1%
Dor residual ou insatisfação funcional	Até 20%
Trombose venosa / embolia pulmonar	Sem percentagem no material
Falha mecânica / descolamento assético	Sem percentagem individual no material

As taxas de infeção robótica provêm de algumas séries; o material também refere estudos sem diferenças significativas. Sobrevivência descrita: aproximadamente 90% aos 15-20 anos, sem garantia individual. Confirmar dados aplicáveis ao implante.

Complicações podem exigir tratamento adicional, internamento, nova cirurgia ou deixar sequelas. Na rigidez, o material descreve possível manipulação sob anestesia. Outros riscos relevantes, incluindo sangramento/transusão, lesão nervosa/vascular, complicações médicas ou anestésicas graves: [A CONFIRMAR NO CASO INDIVIDUAL].

Riscos pessoais / gravidade / tratamentos explicados:

Informação sobre transusão e requisitos da unidade: [A CONFIRMAR]

03 | CAMPO ESPECÍFICO: USO DO ROBÔ

Doente: _____ Processo: _____

O robô é uma ferramenta sob controlo do cirurgião. Pode ajudar no planeamento, cortes, posicionamento e equilíbrio ligamentar, conforme o sistema. Não garante superioridade clínica a longo prazo nem elimina riscos. A sua indicação e utilização nesta operação foram discutidas nos termos registados abaixo.

Uso do robô: ☐ previsto ☐ não previsto ☐ a decidir

Sistema / modelo: [A CONFIRMAR] _____

Planeamento: ☐ com TAC ☐ sem TAC ☐ outro: _____

Pinos de referência: [A CONFIRMAR] _____

Motivo / objetivos no meu caso: _____

Plano se o sistema não puder ser utilizado: _____

Risco / limitação se aplicável ao sistema	Referência do consentimento PTJ
Fratura no local dos pinos	0,06-4,8%; 1,4% femoral em algumas séries
Infeção no local dos pinos	0,47%; até 2,7% em algumas séries
Conversão de robótica para manual por dificuldade técnica	1-12%
Aumento do tempo operatório	Média adicional de 19-25 minutos

Os riscos dos pinos só se aplicam quando o sistema os utiliza. A conversão técnica para manual não é uma autorização para mudar o procedimento cirúrgico. Estes valores não são uma previsão individual.

Decisão sobre assistência robótica: ☐ consinto ☐ não consinto ☐ não aplicável

Observações / limites: _____



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

04 | PLANO INDIVIDUAL E LIMITES DE ALTERAÇÃO

Doente: _____ Processo: _____

Razão da escolha e questões esclarecidas

Confirmar a indicação, as alternativas tecnicamente adequadas e os riscos pessoais. Não utilizar este modelo com campos clínicos pendentes ou sem uma conversa de consentimento.

Razão da operação escolhida: _____

Questões colocadas e respostas: _____

Alterações adicionais previstas, motivos, riscos e limites: [A CONFIRMAR]

Recuperação e medicação

Foram explicados o acompanhamento, a reabilitação, o controlo da dor e a prevenção de coágulos. O esquema e a duração são definidos na receita e no plano de alta. Não são autorizados por este consentimento medicamentos ou doses não prescritos.

Restrições / cuidados relevantes: _____

TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE



TIAGO BESSA MAGALHÃES
HIP & KNEE

05 | DECISÃO LIVRE E ESCLARECIDA E ASSINATURAS

Doente: _____ Processo: _____

Declaração do(a) doente

Recebi informação compreensível sobre a operação identificada, os objetivos, os riscos gerais e específicos, os limites, as alternativas e o uso ou não do robô. Tive oportunidade de colocar questões e estas foram esclarecidas. Compreendo que não há garantia de resultado.

Posso retirar o consentimento antes do ato cirúrgico, sem prejuízo do meu direito a cuidados de saúde. Após os esclarecimentos, consinto no procedimento e nos limites registados neste documento. Não dou autorização genérica para atos adicionais não esclarecidos.

Condições / limites adicionais: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Assinatura do(a) doente: _____

Médico que prestou a informação

Confirmo que expliquei o procedimento, os benefícios, riscos, alternativas e plano individual; esclareci as perguntas e confirmei identificação, lateralidade e decisão.

Dr. Tiago Bessa Magalhães | cédula profissional n.º 50546

Se outro médico: _____ Cédula: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Representação / apoio à comunicação, apenas se aplicável

☐ Não aplicável ☐ Aplicável: validar pela unidade antes de assinar.

Nome / identificação: _____

Qualidade / fundamento: [A CONFIRMAR] _____

Intérprete / apoio: _____

Assinatura / data quando exigidas: _____

Confirmar todas as páginas e os campos [A CONFIRMAR] antes de assinar. Validar os requisitos da unidade para anestesia, transfusão e representação. Entregar cópia ao doente.