

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DE CIRURGIA SLEEVE GASTRECTOMIA

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: ____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que:

- a) Declaro que fui informado(a) pela Equipe Médica sobre as diferentes alternativas atualmente disponíveis e aceitas para o tratamento da obesidade excessiva, em específico os diferentes métodos cirúrgicos (*procedimentos restritivos e restritivos/mal-absortivos*), suas indicações, contra-indicações, mecanismos de funcionamento, vantagens, desvantagens, complicações, resultados a curto e a longo prazo, bem como os índices de mortalidade.
- b) Declaro, também, que minha indicação de cirurgia foi avaliada e aprovada por endocrinologista, psicólogo e nutricionista de minha escolha.
- c) Atesto, ainda, a compreensão de que o tratamento cirúrgico da obesidade é realizado mediante procedimentos cirúrgicos de grande porte e implica em existência de riscos para a vida e possibilidade de diversas complicações a curto, médio e longo prazo.
- d) Fui esclarecido(a) que além das complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, incluindo-se as referentes ao ato anestésico, as cirurgias para obesidade ainda incluem infecções (*ferida operatória, pulmonar, urinária e intra-abdominal*), trombose venosa, embolia pulmonar, vazamento de suturas do tubo digestivo, lesão esplênica (o que pode implicar na necessidade de remoção do baço), hemorragias (com eventual necessidade de hemotransfusão), dilatação gástrica aguda, obstrução intestinal, vômitos, deiscência de ferida operatória, cicatriz hipertrófica, hérnia incisional, anemias, desmineralização óssea, queda de cabelo, agravamento de doenças reumáticas, úlcera péptica, nefrolitíase, acne, diarreia, eliminação de flatos mal-cheirosos, agravamento de doença hemorroidária e deficiências minerais, protéicas e vitamínicas, em particular de ferro, vitaminas do complexo B e cálcio.
- e) Reconheço também, que diante de eventuais complicações, e na dependência de sua natureza, uma ou mais reoperações podem se fazer necessárias. Ainda, dependendo de decisões intra-operatórias, pode haver necessidade de realizar-se uma gastrostomia ou colocação de drenos na cavidade peritoneal, bem como de converter uma cirurgia videolaparoscópica, quando este for o caso, em uma operação convencional.
- f) Estou ciente de que esse tipo de procedimento pode impor limitações à ingestão de alguns alimentos, causar redução do apetite e, ainda, interferir na absorção de certos medicamentos.
- g) Também estou informado(a) que a perda de peso, bem como a prevenção de algumas complicações nutricionais, depende da minha participação efetiva, no sentido de seguir as dietas indicadas, de praticar atividades físicas regularmente e de fazer uso continuado de complementos vitamínicos e suplementos nutricionais prescritos pela equipe de Nutrição Clínica.
- h) A proposta do tratamento clínico da minha obesidade é facilitar uma mudança comportamental, com reeducação de hábito alimentar e retomada de atividade física regular, que deve ser de minha responsabilidade. Isso deixa clara a necessidade de suporte psicológico e nutricional, que deverá ser oferecido pela equipe interdisciplinar de acordo com o protocolo estabelecido e já orientado.
- i) Compreendo que esse, assim como qualquer outro tipo de cirurgia para obesidade, pode não me levar aos resultados desejados, existindo a possibilidade da perda de peso não ser satisfatória, ou mesmo ocorrer recuperação do peso perdido, após um resultado inicial bem sucedido.
- j) E sendo eu paciente do sexo feminino, estou ciente que foi recomendado e informado pelo meu médico e sua equipe interdisciplinar que eu aguarde um período de 02 (dois) anos após a data da cirurgia para engravidar, devido a um maior risco de abortamento espontâneo e/ou má formação do feto nesse período.
- k) Confirmo também, que compreendi claramente tudo o que foi exposto pelo meu médico, as vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas de tratamento, bem como tive esclarecidas todas as minhas dúvidas com relação às terapêuticas disponíveis para a minha enfermidade, assim como que, participei juntamente com o meu médico, da escolha do procedimento cirúrgico a que me submeterei, o qual de comum acordo será Sleeve Gastrectomia ou Gastrectomia Vertical.
- l) Declaro estar ciente de que a avaliação pré-operatória e acompanhamento com a equipe interdisciplinar (*nutricionista e psiquiatra ou psicóloga*) são fundamentais para o bom resultado da minha cirurgia.

- m) Estou ciente e de acordo com o pagamento de quaisquer despesas referentes a honorários médicos e de equipe interdisciplinar, tanto no pré, como pós-operatório, bem como custos hospitalares e de materiais cirúrgicos, que porventura não tenham cobertura no contrato que possuo com o meu plano de saúde.
- n) Por fim, declaro que recebi todas as informações médicas, nutricionais e psicológicas necessárias ao tratamento foram por mim recebidas, bem como me foi oportunizado o esclarecimento de dúvidas, sendo todas as minhas perguntas respondidas satisfatoriamente.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

_____, _____ de _____ de 20_____. Hora: ____ : ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto