

(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: _____

GASTROPLASTIA COM BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL

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, aí incluídos os métodos cirúrgicos (*procedimentos restritivos / má-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 a alternativa de tratamento cirúrgico que me foi proposta, foi avaliada e aprovada por endocrinologista e psicólogo de minha escolha.
- c) Atesto, ainda, que compreendi claramente que o tratamento cirúrgico da obesidade é realizado mediante procedimentos cirúrgicos de grande porte, e, como tal, isso implica na existência de riscos para a vida e a possibilidade de diversas complicações, à curto, médio e longo prazo.
- d) Fui alertado(a) que além daquelas complicações comuns a qualquer procedimento cirúrgico, incluindo-se as referentes ao ato anestésico, na cirurgia para obesidade 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 hemotransusão, dilatação gástrica aguda, obstrução intestinal, vômitos, deiscência de ferida operatória, cicatriz hipertrófica, hérnia incisional, anemias por deficiência de ferro, vitamina B12 ou ácido fólico, desmineralização óssea, queda de cabelo, agravamento de doenças reumáticas, úlcera péptica, além de deficiências minerais, protéicas e vitamínicas.
- e) Ao lado disso, estou ciente, de que esse tipo de procedimento pode impor limitações à ingestão de alguns alimentos, pode causar redução do apetite e, ainda, interferir na absorção de certos medicamentos.
- f) Também estou informado(a), que a perda de peso, bem como a prevenção de algumas complicações nutricionais, dependem, ainda, da minha participação efetiva, no sentido de seguir as dietas indicadas, de praticar atividades físicas regularmente e de fazer uso continuado de complementos vitamínicos.
- g) A proposta do tratamento clínico da minha obesidade é facilitar uma mudança comportamental, visando uma reeducação de hábito alimentar e retomada de atividade física regular, que deve ser de minha responsabilidade.
- h) 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 colocar-se drenos na cavidade peritoneal, bem como de converter uma cirurgia videolaparoscópica, quando esse é o caso, numa operação convencional.
- 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) Atesto, também, que compreendi claramente tudo o que me foi exposto pelo meu médico, que entendi 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, tendo, ainda, participado, com o mesmo, da escolha do procedimento cirúrgico a que me submeterei, o qual, de comum acordo, será uma gastroplastia como banda gástrica ajustável.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando 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

Confirmando 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