

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida por Gastro plastia com Derivação Intestinal**

**Identificação do Paciente Nome:**

**Prontuário:**

**Documento de Identidade:**

**\*Responsável Legal:**

**Documento de Identidade:**

**Grau de Parentesco:**

\*Em caso de menor de dezoito anos ou de atendimento de emergência

### **Procedimento: Cirurgia Bariátrica por Gastro plastia com Derivação Intestinal (By Pass)**

#### **Descrição Técnica do Procedimento:**

Esta operação consiste em fazer novo reservatório gástrico (estômago) pequeno (cerca de 30 ml) e anastomosar (costurar) com o intestino mais abaixo cerca de 1 metro mais curto.

O restante do estômago e do intestino não é retirado, apenas permanecem excluídos de contato com alimentos - Procedimento realizado por Vídeo Laparoscopia, técnica também conhecida por By Pass.

A cirurgia de Gastroplastia Vertical por vídeo consiste em três a cinco pequenas incisões (furos) no abdômen por onde são introduzidos os instrumentos do cirurgião e uma pequena câmera que permite a visualização do interior do paciente.

Normalmente a cirurgia é realizada sob anestesia geral sendo os fármacos utilizados bem como as técnicas anestésicas de responsabilidade do médico anestesista.

#### **Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:**

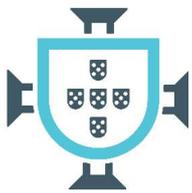
Em procedimentos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas respiratórios e cardiovasculares e urinários. Além desses, as principais situações adversas inerentes a este tipo de procedimento são:

- Sangramento pós-operatório;
- Infecções graves podendo requerer reoperação;
- Embolia pulmonar e infarto do miocárdio;
- Trombose venosa profunda;
- Fístulas nas anastomoses (suturas) com vazamento do conteúdo do estômago para a cavidade do abdômen ou pele; Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides.

#### **Geral:**

Durante a realização do procedimento, em função de intercorrências não previstas, procedimentos alternativos podem ser necessários, envolvendo inclusive a possibilidade de transfusão de sangue e ressuscitação.

A cirurgia pode ser convertida para cirurgia aberta caso intercorrências assim o exijam.



## Sociedade Portuguesa de Beneficência De Campos

Reconhecida Utilidade Pública - Decreto Nº 66.136 de 29/01/1970 Fundação 10/08/1852  
CGC: 28.961.084.0001/49 Inscrição Municipal: 3795 - C. N. S. S. - MEC: 216.669-70 - CNES: 2287250  
Rua Barão De Miracema, 140/142 - Cep: 28035-302 - Campos dos Goytacazes/RJ  
Telefone: (22) 3026-4544 - Email: spbc.rol@terra.com.br - Site: www.spbc.com.br

@hspbc

### Declaração do Paciente (ou responsável):

Estou ciente dos procedimentos e técnicas a que serei submetido (a) como a alternativa terapêutica mais indicada para o diagnóstico da minha situação clínica.

Desde já autorizo a realização do procedimento e da anestesia como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a conversão para cirurgia aberta, transfusão de sangue e ressuscitação que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.

Tenho plena consciência de que as causas da obesidade mórbida não são curadas apenas com a cirurgia, esta apenas contribuirá para a perda de peso.

O sucesso dependerá da minha absoluta e irrestrita cooperação e dedicação em seguir as instruções da equipe multidisciplinar.

Tudo me foi esclarecido pelo médico abaixo assinado, tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e entendi tudo que me foi transmitido, estando o médico e sua equipe por mim autorizados a realizar o procedimento de Cirurgia de Gastroplastia com Derivação Intestinal para tratamento da obesidade mórbida (Cirurgia bariátrica).

Declaro que recebo das as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, técnicas do procedimento, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada.

Tenho conhecimento que a qualquer momento antes de iniciado o procedimento posso revogar este termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura(Paciente/RepresentanteLegal)

### Declaração do Médico Responsável:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e ou seus familiares o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamentos acima descritos bem como que poderá revogar o consentimento agora concedido e firmado.

Nomedomédico: CRM:

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.