

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida por Gastrectomia Vertical

Identificação do Paciente Nome:

Prontuário:

Documento de Identidade:

***Responsável Legal:**

Documentode Identidade:

Grau de Parentesco:

*Em caso de menor de dezoito anosou de atendimento de emergência

Procedimento: Cirurgia Bariátrica por GastrectomiaVertical

DescriçãoTécnica do Procedimento:

Trata-se da Retirada de parte do estomago (70 a 80%) deixando apenas um segmento em forma de tubo em formato similar a uma manga de camisa (sleeve em inglês) – Procedimento realizado por vídeolaparoscopia.

A cirurgiade Gastrectomia Vertical por vídeo consiste em três a cinco pequenas incisões(furos) no abdômen por onde são introduzidos os instrumentos do cirurgião e uma pequena câmara 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:

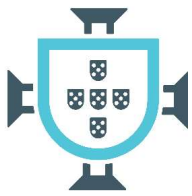
Em procedimentos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas respiratórios e cardiovasculares e urinários. Além desses, as principais situações adversas inerentes a este tipo de procedimento são:

- Sangramentos pós-operatórios;
- Infecções graves podendo requerer reoperação;
- Embolia pulmonar e infarto domiocárdio;
- Trombose venosa profunda;
- Fistulas nas anastomoses(suturas) com vazamento do conteúdo do estomago para a cavidade do abdômen ou pele;
- Possibilida de decirratizes com formação de quelóides.

Geral:

Durante area lização 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 conduzido se resolvidos diante das 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 Gastrectomia Vertical para tratamento da obesidade mórbida (Cirurgia bariátrica).

Declaro que recebi todas 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/Representante Legal)

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.

Nome do médico: CRM:

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, _____, _____, 20____.