

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – INSTITUTO PRÓ-GASTRO
GASTROPLASTIA REDUTORA (BY-PASS GASTRO-JEJUNAL)

- *Todo paciente tem **DIREITO** à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento médico-terapêutico-cirúrgico que virá a sofrer e que possa colocar em risco sua integridade física e/ ou mental antes de concordar com ele.*
- *É **DEVER** do médico esclarecer os limites, riscos e desconfortos inerentes a cada procedimento médico proposto e esses devem ser explicados exaustivamente oralmente antes da assinatura deste Termo.*
- *É direito do paciente não desejar tomar conhecimento de detalhes de seu tratamento. Neste caso ele deverá determinar um Representante Legal de sua confiança para que responda e decida por ele.*

Código de Defesa do Consumidor – (Lei 8.078/90): artigo 6º, III; Código de Ética Médica: artigos 46, 56 e 59; Constituição Federal/88: art.5º, XIV e XXXII.

Eu _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, AUTORIZO o Dr.(a) _____ CRM _____ nº _____ e todos os demais profissionais médicos de sua equipe a realizar a intervenção cirúrgica: GASTROPLASTIA REDUTORA (BY-PASS GASTRO-JEJUNAL EM Y DE ROUX)

1. Declaro reconhecer que os profissionais responsáveis por meu tratamento têm a obrigação de dedicar atenção, cuidado e diligência necessária, visando promover da melhor forma possível, através das condições de infra-estrutura e técnicas disponíveis, meu tratamento, sem no entanto se responsabilizarem pelo resultado final da intervenção.
2. Foi-me alertado que todo e qualquer procedimento cirúrgico depende de características fisiológicas individuais, pré-disposições hereditárias e condições clínicas pré-cirúrgicas desconhecidas, assim como do respeito aos cuidados no pré e pós- operatórios, sendo por esses motivos SER IMPOSSÍVEL A GARANTIA DE RESULTADO FINAL.
3. Declaro que meu médico me expôs com detalhes todos os métodos alternativos de tratamento (dietas, alteração de hábitos de vida, atividade física planejada, etc..) e que somente após tratamentos clínicos pregressos ineficazes e avaliação em conjunto com outros profissionais (psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas,..) e da realização de exames complementares decidiu-se pelo procedimento determinado acima.
4. Declaro também que me foi esclarecido sou portador(a) de Obesidade Moderada ou Severa, doença que acarreta problemas sérios à minha saúde bem como redução da expectativa de vida e incidência de patologias concomitantes sérias relacionadas à obesidade - como hipertensão arterial (aumento da pressão arterial), doenças cardiovasculares (do coração e dos vasos sanguíneos), artropatias (nas articulações), morte súbita, diabetes tipo 2, apnéia do sono (falta de ar grave durante o sono) e câncer.
5. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de ANESTESIA GERAL, cujos métodos, técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista.
6. Sobre a técnica utilizada – **GASTROPLASTIA REDUTORA (BY-PASS GASTRO-JEJUNAL)**:
Nesta técnica a parte superior do estômago é grampeada visando à redução do volume do estômago e o conseqüente retardo de seu esvaziamento. Um pequeno reservatório gástrico é criado. Assim o estômago é reduzido com o objetivo de promover saciedade com pequena quantidade de alimentos. Pode haver perda de até cerca de 40% de peso inicial em cerca de 18 meses, e é de difícil reversão.
- 6.1. Declaro ter sido informado(a) de maneira clara para consentir ser submetido(a) ao presente procedimento cirúrgico, aceitando que seus benefícios são limitados, pois **SEM ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR PODEREI GANHAR PESO NOVAMENTE, E QUE SEM CONSTANTE ATENÇÃO NUTRICIONAL PODEREI SOFRER DE SUBNUTRIÇÃO**. Fui informado que a cirurgia bariátrica é tida como de grande porte e assumo todos os riscos de conseqüências e complicações inerentes a ela que podem vir a ocorrer, conforme listados abaixo.
 - 6.1.1. **COMPLICAÇÕES FÍSICAS/ORGÂNICAS**
 - 6.1.1.1. Infecção de parede abdominal
 - 6.1.1.2. Hérnia abdominal pode ocorrer na incisão da cirurgia. Pode ser necessária cirurgia para correção.
 - 6.1.1.3. Vômitos e diarreias, que podem ser um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida.
 - 6.1.1.4. Obstrução do reservatório gástrico por alimentos sólidos não mastigados adequadamente.

- 6.1.1.5. Formação de coágulos nas veias (trombose venosa profunda), que podem se desprender e migrar para qualquer local do corpo. Dependendo do local onde ele se aloja pode resultar edema (inchaço) ou feridas temporárias ou permanentes, dificuldade para respirar e até a morte.
- 6.1.1.6. Hemorragia intra-abdominal (no interior do abdômen) ou vazamento de líquidos do estômago ou intestinos para a cavidade abdominal, para outros órgãos ou através da pele (chamadas fistulas). Por esses motivos pode ser necessária re-operação e nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade.
- 6.1.1.7. Internação na Unidade de Terapia Intensiva para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha a ocorrer.
- 6.1.1.8. Insuficiências de órgãos como coração, rins, fígado, pulmões.

6.1.2. **COMPLICAÇÕES EMOCIONAIS/COMPORTAMENTAIS**

- 6.1.2.1. Problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, anorexia e bulimia podem ocorrer após a cirurgia

6.2. **TÉCNICA DE VIDEOLAPAROSCOPIA**

Se a opção foi por cirurgia pela técnica por Videolaparoscopia (introdução de instrumentos específicos por orifícios menores que 2cm, ao invés de grandes incisões), além das complicações já expostas, pode haver especificamente as seguintes:

- 6.2.1. complicações pulmonares: - hipoxemia (diminuição do oxigênio no sangue), atelectasia (colapso pulmonar, dilatação incompleta ou falta de dilatação dos pulmões), broncoespasmo (semelhante à crise de bronquite, que impede a oxigenação adequada dos pulmões);
- 6.2.2. sangramento do fígado, principalmente em pacientes muito pesados e com fígado muito gorduroso (esteatose hepática).

Apesar de ser muito pouco freqüente, por esses motivos pode ser necessária a conversão da cirurgia por laparoscopia em cirurgia aberta.

Entendo que sempre haverá *risco de vida* em qualquer procedimento médico cirúrgico, independentemente da sua extensão e/ou gravidade. No caso da cirurgia proposta esse risco é de cerca de 0,5% dos pacientes, dependendo do nível de obesidade e do grau de co-morbidades (doenças relacionadas ao excesso de peso) associadas a ela.

7. Fui devidamente informado que são conseqüências esperadas, naturais das desta cirurgia o surgimento no pós-operatório de:
- 7.1. Alterações no paladar e nas preferências alimentares. Pode haver intolerâncias a certas comidas.
- 7.2. Aumenta a chance de formação de pedras (cálculos) na vesícula biliar e pode ser necessária sua retirada no futuro.
- 7.3. Pode ocorrer queda de cabelo, alteração de textura na pele e unhas, decorrente da perda de peso muito rápida.
- 7.4. Ansiedade, náuseas, vômitos, desconfortos abdominais ou dor pós-operatória, principalmente nos cortes.
- 7.5. Cicatrizes, que poderão sofrer alteração de coloração, alargamento e/ou relevo.
8. Declaro estar ciente que cirurgias plásticas poderão ser necessárias para a correção estética de excessos de pele, principalmente em mamas, membros superiores, abdômen e face interna das coxas.
9. Declaro que meu médico informou-me da possibilidade e/ou necessidade de haver durante o meu tratamento transfusão de sangue e/ou hemoderivados (um de seus subprodutos).
10. Autorizo a execução e posterior uso para fins científicos como publicação de artigos técnicos, palestras, etc, desde que preservada minha identidade, de: fotografias, vídeos, ultrassonografias, radiografias e semelhantes, antes, durante e depois do procedimento cirúrgico a ser realizado.
11. Fui informado(a) e autorizo procedimentos adicionais ou diferentes daqueles originalmente previstos, inclusive **que se converta a cirurgia laparoscópica para cirurgia aberta**, se houver necessidade, a critério médico.
12. Entendo que em todo procedimento cirúrgico com anestesia geral existem riscos e complicações. Não há garantias que uma complicação séria não venha a ocorrer em qualquer caso.
13. **CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO**
- Comprometo-me a:**
- 13.1. Evitar o uso de medicamentos à base de Ácido Acetil Salicílico por, no mínimo, 10 (dez) dias antes da cirurgia. Por ex: AAS®, Aspirina®, Bufferin®, etc. ou que tenham efeito anticoagulante;

- 13.2. Comunicar ao médico todos e quaisquer mal estar físico ou psíquico que por ventura venha a sofrer dias antes da cirurgia;
- 13.3. Evitar exageros ao comer e ao ingerir bebidas alcoólicas pelo menos uma semana antes da cirurgia;
- 13.4. NÃO FUMAR 30 (trinta) dias antes da cirurgia

14. CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Comprometo-me a seguir todas as instruções e cuidados indicados para o Pós-operatório, oralmente e/ou por escrito, dentre elas:

- 14.1. Repouso relativo por no mínimo 7 (sete) dias, ou quanto for orientado pela equipe médica;
- 14.2. Usar suplemento vitamínico para o resto da vida, de acordo com a prescrição da equipe;
- 14.3. Seguir rigorosamente a orientação nutricional prescrita, sob risco de complicações sérias;
- 14.4. Comer apenas as refeições que forem orientadas (e não passar o dia “beliscando”);
- 14.5. Não ingerir bebidas gasosas ou alcoólicas sem orientação.
- 14.6. Seguir corretamente a medicação prescrita;
- 14.7. Comparecer aos retornos agendados;
- 14.8. Abstinência de fumo pelo período de 30 dias posteriores à cirurgia;

Enfim, será preciso mudar os hábitos.

15. Declaro estar ciente sobre as necessidades de mudança no estilo de vida, da necessidade fundamental de apoio psicoterápico, que **O SUCESSO DO TRATAMENTO DEPENDERÁ DA MINHA COOPERAÇÃO**, à adesão de hábitos alimentares saudáveis, eliminando o consumo de alimentos muito calóricos, gordurosos e de açúcares e que a perda de peso dependerá também da associação do tratamento com atividades físicas regulares.

Fui informado que a cirurgia é apenas uma das etapas importantes, mas não a essência do tratamento e para que o procedimento tenha sucesso duradouro é **FUNDAMENTAL QUE O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO/PSÍQUICO/NUTRICIONAL PÓS-OPERATÓRIO SEJA CRITERIOSAMENTE REALIZADO E CONTINUADO PELO RESTO DA VIDA.**

Declaro estar ciente, bem como instruído, que é de crucial importância à observância desses cuidados pré e pós-operatórios para o bom resultado do procedimento.

16. Fui alertado a procurar imediatamente meu médico na fase pós-operatória quando apresentar febre constante acima de 38° ou calafrios; dores fortes no abdômen; tosse persistente ou dificuldade respiratória; dificuldade exagerada na deglutição; vômito incessante.
17. Declaro que as informações abaixo relacionadas são verdadeiras, relato completo de minha saúde física e mental, tendo conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá resultar em prejuízos, comprometer o procedimento acima descrito ou acarretar danos à minha saúde.

Portanto informo que:

17.1. Já tive ou ainda sou portador das seguintes doenças: _____

17.2. Faço uso dos seguintes medicamentos: _____

17.3. Já tive reação alérgica a: _____

17.4. Já sofri cirurgias anteriormente, como: _____

18. DÚVIDAS

18.1. As informações descritas nesse documento esclareceram todas suas dúvidas? Sim Não Descreva: _____

18.2. Foram as informações prestadas de fácil compreensão e assimilação, em termos de fácil entendimento e estas esclareceram todas a dúvidas sobre o procedimento a que o (a) Sr (a) será submetido (a)? Sim Não Descreva? _____

19. REVOGAÇÃO

Também entendi que, a qualquer momento, e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este presente termo de consentimento médico que agora firmo.

Declaro que após leitura consciente e detalhada, compreendi o conteúdo do presente documento, afirmando que me foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão declarando, portanto estar bem informado tanto a respeito do tratamento como dos riscos e cuidados inerentes a ele.

Sendo assim, declaro que fui diagnosticado como portador de Obesidade Moderada ou Severa, que entendi as informações aqui fornecidas e **ACEITEI ME SUBMETTER À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ACIMA DESCRITA**, após explicação oral de meu médico cirurgião e/ou membros da equipe, tendo conhecimento de todos os benefícios, riscos e complicações inerentes a ela.

Firmo o presente **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, AUTORIZANDO EXPRESSAMENTE** todos os atos formais e clínicos relativos ao meu tratamento como o agendamento do procedimento, requisição do material necessário e outras providências.

Campinas, _____ de _____ de 20_____

ASSINATURA DO (A) PACIENTE

Testemunha N°1 _____

Testemunha N°2 _____

Qualificação: _____

Qualificação: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA N° 1

ASSINATURA TESTEMUNHA DA N° 2

CONSENTIMENTO PARA PACIENTES MENORES DE IDADE OU INCAPAZES

Os representantes legais do paciente declaram assumir plena responsabilidade pelas informações e consentimentos prestados neste termo:

Nome do Representante Legal _____ Telefone: . _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ RG N°. _____ CPF N° _____

Campinas, _____ de _____ de 20_____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou Representante Legal para a participação nesta cirurgia.

ASSINATURA DO CIRURGIÃO