

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome:		
Doc. de Identificação (RG):	Data da Emissão:	Órgão Emissor:
Nome da Unimed:	Código do Cartão:	Tipo da Cirurgia:

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Esta cirurgia visa a perda de peso do paciente, favorecendo a melhora de patologias associadas a obesidade principalmente diabetes e hipertensão arterial. As cirurgias mais comuns, são a do grampeamento do estômago (gastroplastia) restrição gástrica com bandagem, colocação de balões intra-gástricos e outros. Em geral, a cirurgia é bem-sucedida, porém não há garantia de qualquer sucesso desta cirurgia. A perda de peso esperada, um ano após a cirurgia é de 1/3 ou 1/2 do peso extra do paciente. Após a cirurgia, a cooperação do paciente é fundamental, exigindo mudança no seu estilo de vida e hábitos alimentares. A cirurgia pode ser por vídeo-laparoscopia ou aberta (com corte).

COMPLICAÇÕES:

- Derrames pleurais (acumulação de líquido nas cavidades pleurais);
- Arritmias cardíacas;
- Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral, grave, podendo levar a óbito;
- Hemorragias;
- Fistulas (quando nos locais das suturas ocorre vazamento) que provocam infecções e são relativamente frequentes e graves; pode exigir recuperações;
- Trombose venosa profunda;
- Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia;
- Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço) o que aumenta o risco de infecção no pós-operatório;
- Formação de cálculos (pedras) em vesícula biliar;
- Infecções dos rins e vias urinárias;
- Alterações no paladar e nas preferências alimentares, bem como intolerância por certos alimentos.

CBHPM – 3.10.02.21-8

CID – E66.9

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ter sido atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

RG/CPF: _____

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Assinatura/RG

Assinatura/RG

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.