

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GASTROSTOMIA

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo **GASTROSTOMIA**, que tem por finalidade FAZER UMA VIA ALTERNATIVA PARA ALIMENTAÇÃO POR MEIO DE UMA SONDA COLOCADA DIRETAMENTE NO ESTÔMAGO E QUE SAI PELA PAREDE ABDOMINAL.

### Declaro que:

- Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:
  - ✓ Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local da cirurgia;
  - ✓ Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia;
  - ✓ Febre e/ou infecção local com saída de pus;
  - ✓ Abertura dos pontos;
  - ✓ Cicatriz grosseira e elevada, conhecida como cicatriz hipertrófica ou queuloide;
  - ✓ Quebra ou obstrução da sonda com necessidade de troca da mesma;
  - ✓ Saída da sonda por perfuração do balonete – sendo necessário procurar imediatamente serviço médico na unidade de origem ou emergência do Hospital;
  - ✓ Migração da sonda pelo orifício com necessidade de reposicionamento da mesma;
  - ✓ Formação de granuloma (uma lesão que parece uma “carne esponjosa”) ao redor da sonda;
  - ✓ Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
- Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável;
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento;
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**;
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto;
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes (RJ) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### Testemunhas

\_\_\_\_\_  
Nome/RG

\_\_\_\_\_  
Nome/RG