

VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, autorizo o _____
e/ou seus assistentes, a realizar os procedimentos médicos e cirúrgicos necessários para o tratamento do meu caso.

O diagnóstico (s) de pré operatório: _____

Tratamento proposto: _____

1. Declaro que recebi toda a explicação de que durante a operação situações imprevistas podem ocorrer ou eventos inesperados que necessitem de outros procedimentos além dos já combinados (esplenectomia, por exemplo). Neste sentido, solicito e autorizo o cirurgião anteriormente citado, ou outros por ele designados, a realizarem os procedimentos que acharem necessários para o êxito do tratamento.
2. Declaro ainda que estou de acordo com a administração da anestesia. Porém com a ressalva de que sou alérgico (a) aos seguintes medicamentos: _____ (indicar a exceção ou declarar “nenhuma”).
3. Declaro que estou de acordo que sejam usados medicamentos, infusão de plasma ou sangue, ou qualquer outro tratamento, injeções ou procedimentos, considerados necessários, segundo o julgamento da equipe médica aqui por mim autorizada.
4. Declaro que estou de acordo com o exame anatomopatológico da peça cirúrgica de mim retirada com o objetivo de corretamente diagnosticar a minha doença, e orientar a continuação do meu tratamento.
5. Declaro que estou de acordo com a documentação científica por meio de fotografias, vídeos, e/ou televisão em circuito fechado, assim como publicação deste procedimento, desde que minha identidade seja preservada e, que este material tenha seu uso limitado a propósitos científicos ou educacionais. Declaro que renuncio a todos os direitos que possa ter para reivindicar pagamentos, royalties, ou qualquer outro tipo de remuneração relativa à exibição da documentação acima referidas.
6. Declaro que o médico acima citado me informou sobre a natureza e característica do tratamento proposto, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas de tratamento para esta doença, como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas, incluindo o não-tratamento, informando-me, ainda, que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos; como também que em uma cirurgia existem riscos significantes, como perda intensa de sangue, infecção, ataque cardíaco, que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente, bem como sendo cientificado(a) que nos casos de cirurgias, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.
 - 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 consequências 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 fístulas). Por esses motivos pode ser necessária reoperação 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.
- 7. Fui devidamente informado que são consequências esperadas, naturais 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, podendo 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 também que fui informado (a) claramente de que a gastroplastia se trata de um recurso cirúrgico que se propõe a reduzir grandemente a minha capacidade de ingerir alimentos, e reduzirá o meu aproveitamento dos mesmos. A operação não se propõe a dispensar-me de atenção médica e dietética, e exigirá de mim sacrifícios e restrições. Fui informado que só em condições excepcionais será revista ou desfeita a minha operação gástrica. Fui também plenamente informado (a) de que o não seguimento das orientações recebidas pela equipe médico-cirúrgica poderá comprometer o resultado da operação.
 - 10. Assumo com a equipe cirúrgica que executará o procedimento e já referida acima, e com a equipe multidisciplinar (psicólogo e nutricionista que realizaram meu acompanhamento durante os 2 anos no “pré operatório”) o compromisso de permanente acompanhamento clínico da minha situação nutricional e eventuais problemas com minha cirurgia. Afirmo também que a decisão cirúrgica foi discutida no âmbito familiar tendo total apoio da minha família para tal procedimento.

Diante do exposto, eu _____, RG nº.: _____,

Tendo sido esclarecido em todos meus questionamentos de forma clara e satisfatória e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, informo meu **CONSENTIMENTO** de aceitação de ser submetido ao procedimento cirúrgico proposto.

Itajubá _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do Médico _____ CRM nº _____.

Itajubá _____ de _____ de _____.