

TERMO DE CONSENTIMENTO ORIENTAÇÕES RISCO CIRÚRGICO



Hospital Angelina Caron
Cirurgia Bariátrica

Eu, _____ Nacionalidade: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Residente e domiciliado: _____ N.º: _____

Bairro: _____ UF (Estado): _____

Portador do documento de identidade RG n.º: _____

CPF n.º: _____ Protocolo n.º: _____/_____/_____

Telefone: _____ Data da cirurgia ____/____/____,

DECLARO que estou ciente e ACEITO os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico por mim optado, conforme orientação do meu médico assistente e equipe multidisciplinar, que envolve os itens abaixo, além dos demais já especificados no termo de consentimento previamente lido e assinado por mim:

- Dieta restrita conforme orientação da nutricionista;
- Risco de desnutrição proteico calórica e déficit de vitaminas e minerais;
- Risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar;
- Risco de fístula digestiva;
- Risco de hérnias interna e incisional;
- Risco de colelitíase e doenças das vias biliares;
- Risco de oclusão intestinal e de estenose das anastomoses intestinais;
- Risco de sangramento digestivo;
- Risco de infecção de ferida operatória e infecção generalizada;
- Risco de óbito.

Campina Grande do Sul ____/____/____.

Assinatura do paciente
Assinatura do responsável (quando for o caso)

Médico responsável: _____ CRM: _____