



Hospital Angelina Caron
Cirurgia Bariátrica

Eu, _____, Nacionalidade _____,
Estado Civil _____, profissão _____,
residente e domiciliado na _____ N° _____
Bairro _____, Cidade _____, UF _____,
portador do documento de identidade RG n° _____, CPF n°
_____, protocolo n° _____/_____, telefone: _____
data da cirurgia: ____/____/_____, abaixo subscrito, **DECLARO** que:

1. SOU portador(a) de moléstia denominada OBESIDADE MÓRBIDA, e que me foram indicadas opções de tratamento não cirúrgicas e cirúrgicas, tendo eu OPTADO pela última via, tratamento cirúrgico;

2. TENHO CIÊNCIA PLENA de que a cirurgia de Obesidade Mórbida implica em operação de grande porte, podendo constituir-se em: grampeamento do estômago (gastroplastia vertical); restrição gástrica com bandagem (bandagem gástrica); combinação de cirurgia restritiva e malabsortiva (bypass gástrico em Y-de-Roux), cirurgias estritamente disabsortivas (derivação bilio-pancreáticas), cirurgia metabólica, colocação de balões no estômago, dentre outras.

2.1. A técnica optada para o meu caso foi:

- () **Bypass Gástrico em Y-de-Roux;**
() **Sleeve Gastrectomia.**

2.2. A via de acesso será:

- () **Convencional / Aberta;**
() **Videolaparoscópica.**

3. CONCORDO E TENHO CIÊNCIA PLENA que os profissionais envolvidos na realização deste atendimento médico-hospitalar **têm a obrigação tão somente de meio, ou seja, de realizar a cirurgia de Obesidade Mórbida** que ora se inicia, agindo em benefício de minha saúde com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, através das condições de infraestrutura e técnicas disponíveis no momento do ato cirúrgico.

3.1. FUI INFORMADO (A) E DEVIDAMENTE ESCLARECIDO (A) sobre as hipóteses diagnósticas e

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha



que o procedimento cirúrgico recomendado é um dos meios de se prevenir a evolução da **Obesidade Mórbida**, ou aliviar o sofrimento dos males provocados pela **OBESIDADE**, sem nenhuma **garantia de cura**, bem como que a cirurgia realizar-se-á dentro dos procedimentos do desempenho ético da Medicina.

4. ESTOU CIENTE, **igualmente de que não há garantia de benefício em decorrência da cirurgia da obesidade mórbida**, PODENDO haver melhora de seus sintomas: dores, hipertensão arterial, lombalgia, problemas respiratórios e de sono, dentre outros.

5. _____TENHO PLENO CONHECIMENTO de que é esperada uma perda de peso em torno de 1/3 ou ½ do medido anteriormente à cirurgia, em média no prazo de um ano, sendo que SEI **que não há garantia da perda de peso, quer em caráter temporário, quer em caráter definitivo.**

5.1. AFIRMO estar ciente de que, havendo **perda de peso, esta poderá ser igual, maior ou menor do que as percentagens acima estabelecidas, bem como poderá se dar em período menor, igual ou superior à média indicada** (um ano).

6. FUI DEVIDAMENTE CIENTIFICADO (A) de que podem advir complicações da cirurgia de Obesidade Mórbida que melhor se aplica ao meu caso, quais sejam:

- a. **Infecção de parede, cavidade corporal (abdominal ou tórax), pulmões (pneumonia, por exemplo);**
- b. **Inflamação ou infecção dos órgãos (em parênteses exemplos, ficando claro que podem ocorrer manifestações diversas das exemplificadas): pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagites com dor no peito, queimação, etc), fígado (hepatite), vesícula biliar (colecistite, cálculos), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal);**
- c. **Sangramento do baço durante a cirurgia, com sua consequência remoção parcial ou total, o que implicaria no aumento de risco de infecção pós-operatória;**
- d. **Insuficiência (de funcionamento) de órgãos como coração, rins, fígado e pulmões podem ocorrer durante e após a realização do procedimento referêcia;**
- e. **Coágulos de veias de membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões causando dificuldades respiratórias e até mesmo a morte. Esses coágulos podem também resultar em edema ou ulcerações, temporárias ou**

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha



Hospital Angelina Caron
Cirurgia Bariátrica

permanentes, nas pernas;

f. Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou através da pele, sendo necessária a drenagem para uma bolsa por um longo período;

g. **SÃO FREQUENTES** alterações no paladar e/ou nas preferências alimentares e dificuldades, ou até mesmo intolerância, para comer certos alimentos, tais quais: carne vermelha, chocolates, doces em geral, dentre outros;

h. Impossibilidade de passagem de alimentos pelo reservatório gástrico ou intestino, sendo necessário proceder a dilatação deste órgão por meio de instrumentos médicos ou endoscopias (que têm seus riscos próprios), bem como a utilização de tubos de alimentação, passados pelo estômago, intestinos ou veias, se ficar impossibilitado de beber e comer o suficiente, pela boca;

i. **SÃO FREQUENTES** vômitos, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, diarreias, flatulência e fezes mal cheirosas, especialmente em decorrência da ingestão de alimentos de difícil digestão;

j. Podem ocorrer, ainda, sangramento do estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões e complicações de anestesia.

k. **Em casos extremos, PODE OCORRER MORTE DO PACIENTE.**

6.1. ESTOU CONSCIENTE de que a estatística demonstra que NO BRASIL 1% DOS PACIENTES MORRE APÓS A CIRURGIA DA OBESIDADE, em decorrência de complicações ocorridas durante e após a operação.

6.2. CONHEÇO ainda que há possibilidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, em decorrência de complicações que venham a ocorrer, ou decorrer, na cirurgia para tratamento da obesidade mórbida.

6.3. FUI INFORMADO (A) e devidamente ESCLARECIDO (A) que durante o presente tratamento pode haver necessidade de realização de outros procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, além daqueles inicialmente previstos, para os quais, desde já, consinto com realização.

6.4. ESTOU PLENAMENTE CIENTE DE QUE A CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA É IRREVERSÍVEL.

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha

7. SOU CONHECEDOR (A) do fato que a referida cirurgia trará mudanças drásticas à minha vida, incluindo de ordem alimentar e comportamental, e que, havendo sucesso no combate à moléstia da obesidade mórbida, em decorrência da operação, a manutenção do mesmo dependerá, também, de minha COOPERAÇÃO E MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, o que implica dentre outras coisas, na prática de pequenas refeições diárias, de maneira vagarosa e na ingestão de líquidos e alimentos que tenham baixo ou nenhum teor calórico, de preferência.

8. Além dos possíveis efeitos colaterais elencados no item 6 deste termo, FUI INFORMADO (A), de que as bruscas mudanças físicas e comportamentais necessárias e decorrentes da operação para tratamento da Obesidade Mórbida podem acarretar problemas psiquiátricos, tais quais, depressão, e que demandam cuidados especializados e, até mesmo, internação em clínica psiquiátrica.

8.1. Em decorrência do exposto acima, DECLARO que ME FOI RECOMENDADO, pelo médico que esta assina comigo, ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO operatório, antes e depois do procedimento, para preservação de minha saúde mental.

9. DECLARO ESTAR CIENTE de que o sucesso da cirurgia implica em grande perda de peso e massa corporal, resultando na flacidez de pele e musculatura dos braços, pernas, pescoço, abdome, face ou qualquer outra parte do corpo, que se podem enrugam, curvando-se ou pendendo como uma grande dobra, o que pode acarretar em sérios constrangimentos e embaraços, irritação moral e física pelo desconforto causado, erupções e infecções cutâneas, além de odores excessivos.

9.1. DECLARO, ainda, que tendo exposto acima, FUI ALERTADO (A) E ACONSELHADO (A) no sentido de promover a CIRURGIA PLÁSTICA, para retirada do excesso de pele.

9.2. FOI ME AVISADO que, ainda que eu alcance a meta de perda de peso, isso não implica na estabilização deste, podendo vir a diminuir ou aumentar eventualmente, em qualquer época após a cirurgia, sendo que a ocorrência da primeira hipótese pode acarretar na necessidade de se realizar nova cirurgia plástica.

10. FUI ALERTADO (A) de que mesmo depois de decorridos meses ou anos da operação, posso vir a sofrer de problemas nutricionais, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais, etc, acarretando sintomas como mal estar, paralisias, confusão, exantemas, anemias,

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha



quedas de cabelo, problemas de ossos ou articulações, dificuldade na cicatrização, irritabilidade da língua, cegueira noturna, dormência, dentre outros.

10.1. ATESTO que o médico que esta subscreve ALERTOU-ME para a necessidade de ingerir, após a cirurgia, suplementos vitamínicos, proteicos, inclusive por via venal (injeções) temporariamente, ou mesmo por toda a vida. Alertou-me, ainda, para a necessidade de acompanhamento nutricional por toda a vida, após a realização do ato cirúrgico para tratamento da obesidade mórbida.

11. ESTOU CIENTE de que as informações transcritas neste termo não esgotam as possibilidades de ocorrência de eventuais complicações advindas de condutas ou tratamentos a serem realizados além daqueles previstos inicialmente, pois está suficientemente esclarecido que qualquer procedimento médico implica em riscos de complicações ou mesmo de insucesso, ainda que apenas excepcionalmente.

12. RECONHEÇO E AFIRMO que fui orientada que receberei durante todo o tratamento, inclusive após a alta médica, as orientações quanto aos exames prévios, orientações quanto ao risco cirúrgico e orientações na alta médica, comprometendo-me a realizar e seguir estas orientações todas.

13. E, eu, devidamente qualificado no item 1 deste termo, consciente e de posse de todas as INFORMAÇÕES SUPRA, AS QUAIS LI, ENTENDI E RUBRIQUEI PARA DEMONSTRAR CONHECIMENTO, de livre e espontânea vontade, **ASSINTO E AUTORIZA** o Dr. _____, inscrito no CRM sob nº _____, A REALIZAR pessoal, ou com o auxílio de outros profissionais da área da saúde, **OS ATOS MÉDICOS QUE FOREM JULGADOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO MÉDICO – HOSPITALAR CIRÚRGICO DE OBESIDADE MÓRBIDA, NO HOSPITAL ANGELINA CARON,** inclusive aqueles oriundos de eventual emergência médica.

14. COMPROMETO-ME a seguir todas as prescrições e cuidados médicos e multidisciplinares, recomendados e informados verbalmente ou por escrito, ESTANDO PLENAMENTE CIENTE que, se não o fizer poderei causar, POR MINHA CULPA EXCLUSIVA, PIORA DO MEU ESTADO DE SAUDE ATUAL tanto de ordem física como de ordem psicológica, com sequelas temporárias ou

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha



Hospital Angelina Caron
Cirurgia Bariátrica

permanentes, ou mesmo situação de perigo à minha vida, podendo até implicar em risco de morte.

15. COMPROMETO-ME a comparecer nos retornos agendados após a cirurgia realizada com prazos aproximados, a contar do ato cirúrgico, de 7 dias, 1 mês, 4 meses, 8 meses, 12 meses e 18 meses, reconhecendo que é fundamental o meu comparecimento para acompanhar a evolução de meu quadro clínico, sendo que, assumo minha responsabilidade em caso de não comparecimento nos retornos.

16. Assinando esta declaração, RECONHEÇO QUE LI E ACEITEI TODOS OS TERMOS ACIMA SEM QUALQUER DÚVIDA, bem como solucionei todas as dúvidas, que foram bem respondidas e cujas respostas foram por mim compreendidas.

17. Fui alertado (a) que a equipe _____ de cirurgia bariátrica e metabólica do Hospital Angelina Caron é composta por: _____. A mesma equipe obedece a uma escala de folga semanais e um cronograma de férias de 30 dias ao ano divididos em períodos de 15 dias. No entanto quando o médico em questão não se encontra no hospital por motivo de férias ou folga semanais o paciente pode ser operado por qualquer outro cirurgião da equipe.

18. Fui alertado (a) que pacientes particulares são operados obrigatoriamente pelo médico do paciente, porém se, em casos de complicações pós-operatórias precoces ou tardias, o seu médico por motivo de férias ou folga semanal estiver ausente, o paciente poderá ser re-operado e acompanhado por outro médico da equipe.

Local e data: Campina Grande do Sul, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Paciente
Assinatura do Responsável (quando for o caso)

Médico Responsável: _____

CRM: _____ **Endereço do Consultório:** Rodovia do Caqui, 1150, Araçatuba. **Cidade:** Campina Grande do Sul. CEP: 83430-000. Telefone: (41) 3679-8100.

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha



Hospital Angelina Caron
Cirurgia Bariátrica

1° TESTEMUNHA

2° Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

RG nº: _____

RG nº: _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

OBS: As testemunhas deverão ter parentesco de 1° grau com o paciente, o termo deverá conter assinatura das testemunhas em todas as páginas.

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha