

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CIRURGIA BARIÁTRICA – BE LIVE**

Paciente: _____

CPF: _____

Data da Cirurgia: _____

Médico: _____

CRM/PR nº: _____

Declaro ter sido devidamente esclarecido(a) e informado(a) acerca do abaixo mencionado, e **DECLARO** que:

1. SOU portador(a) de moléstia denominada OBESIDADE MÓRBIDA, e, após consulta médica e orientações, me foram indicadas opções de tratamento não cirúrgicas e cirúrgicas, tendo eu OPTADO LIVREMENTE pela última via, o 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 mal absorptiva (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;
- Bipartição;
- SADI-S.

2.2. A via de acesso será:

- Videolaparoscópica;
- Robótica;
- Aberta.

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 que o **procedimento cirúrgico recomendado é um dos meios de se prevenir a evolução da Obesidade**

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1º Testemunha

2º Testemunha

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 como 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 $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{2}$ do medido anteriormente à cirurgia, em média no prazo de um ano, sendo que ESTOU CIENTE de que **não há garantia da perda de peso, quer em caráter temporário, quer em caráter definitivo.**

6. FUI DEVIDAMENTE CIENTIFICADO(A) de que podem advir complicações da cirurgia de Obesidade Mórbida quais sejam:

a. Infecção de parede (ferida operatória), infecção generalizada, infecção de cavidade corporal (abdominal ou tórax), infecção dos 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), além de oclusão intestinal, de estenose das anastomoses intestinais e fístula digestiva;

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 referênciada;

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 permanentes, nas pernas, além de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar;

f. Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha

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 interna e incisional, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões e complicações de anestesia;

k. Desnutrição proteico calórica e déficit de vitaminas e minerais;

l. Em casos extremos, PODE OCORRER MORTE DO PACIENTE.

6.1. ESTOU CONSCIENTE, e fui orientado(a) pelo médico, 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, seguindo uma dieta restrita conforme orientação da nutricionista.

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 E NUTRICIONAL** pré e pós-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 sérios constrangimentos e embarços, 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 realizar no futuro a CIRURGIA PLÁSTICA, para retirada do excesso de pele, caso seja necessário e for desejo do paciente.

9.2. FOI ME AVISADO(A) 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 a 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, quedas de cabelo, pro-

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1º Testemunha

2º Testemunha

blemas 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, da importância do 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. Assim, 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 AUTORIZO** o médico informado acima A REALIZAR pessoalmente, ou com o auxílio de outros profissionais da área da saúde, **OS ATOS MÉDICOS QUE FOREM NECESSÁRIOS PARA O 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 SAÚDE ATUAL tanto de ordem física como de ordem psicológica, com sequelas temporárias ou 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 qua-

Rubrica do Paciente

Rubrica do Médico Responsável

1° Testemunha

2° Testemunha

dro 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 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 responsável não se encontrar 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 e convênios 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 reoperado e acompanhado por outro médico da equipe.

19. Declaro que fui informado que a **consulta de avaliação/retorno de 7 (sete) dias após o procedimento cirúrgico, será realizada por médico da Equipe Clínica e não necessariamente, pelo médico cirurgião.**

20. Pelo acima exposto, concordo com todos os termos motivo pelo qual assino o presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de livre e espontânea vontade, certo de ter sido informado e estar de acordo com TODAS as informações acima.

Campina Grande do Sul/PR, ____/____/_____.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

Assinatura do Médico

1ª TESTEMUNHA

Nome: _____

RG nº: _____

Parentesco: _____

2ª TESTEMUNHA

Nome: _____

RG nº: _____

Parentesco: _____