

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____

METABÓLICA e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

PREZADO PACIENTE: O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada. A intervenção cirúrgica indicada e o tratamento adequado serão realizados por seu médico e equipe após seu consentimento. Esse documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização da intervenção cirúrgica e início do tratamento. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da intervenção cirúrgica, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) PROCEDIMENTO: A cirurgia bariátrica e metabólica, também conhecida como cirurgia da obesidade, ou, popularmente, redução de estômago, reúne técnicas com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e ou obesidade grave e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Considerando os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, Eu

_____, residente no endereço _____,

estado _____, cidade _____,

_____, CEP _____, telefone fixo () _____,

telefone celular () _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente

() Responsável grau _____ de parentesco: _____, _____ (profissão),

_____ (estado civil), _____ (altura), _____ (peso), _____ (IMC), com _____ (anos

de idade), tenho as seguintes doenças associadas e relacionadas a obesidade _____

_____, autorizo a realização de **CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA** e ou Procedimentos prescritos, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo (a) médico (a), Dr. (a) _____, CRM _____, do meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença. Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e da intervenção cirúrgica a que vou me submeter,

_____ (Nome da cirurgia e tratamento) _____

colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda:

- Estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemocomponentes e transporte inter-hospitalar se houver necessidade;

- Ter sido informado e estar ciente que para realizar uma intervenção cirúrgica é necessário a aplicação de anestésico, cujos métodos, preparo (minha avaliação), as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico;
- Ter recebido as informações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, tendo lido atentamente, compreendido, estando de acordo com as mesmas, portanto, comprometendo-me a segui-las conforme orientação de meu médico;
- Ter sido informado por meu médico sobre alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico;
- Ter sido informado e devidamente esclarecido sobre as contraindicações, riscos, inclusive de morte, complicações e via de acesso da intervenção cirúrgica indicada de acordo com meu quadro clínico, possibilidade de re-operação, permanência no hospital superior ao previsto, e transfusão de sangue;
- Que fui informado que poderão ocorrer infecções no pós-operatório por várias causas, decorrentes ou não da intervenção cirúrgica;
- Que fui informado pelo meu médico que ficarei com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem de minhas características pessoais;
- Que fui devidamente informado que a cirurgia poderá ser fracionada em etapas, ou mudança da técnica cirúrgica proposta no presente consentimento, ou até mesmo a suspensão da cirurgia em razão de variantes que possam surgir no pré ou no trans-operatório; variantes essas, que não são possíveis de serem detectadas na avaliação pré-operatória, como por exemplo, febre, jejum inadequado, complicações anestésicas, variações anatômicas, etc. No caso de fracionamento da cirurgia em etapas ou mudança da técnica cirúrgica proposta, poderão advir complicações das mais variadas, dependendo de cada caso, o que torna impossível se prever, antecipadamente, quais seriam;
- Estar ciente que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes à intervenção cirúrgica, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas;
- Estar ciente de que a atividade desempenhada pelo médico é obrigação de “meio” e não de “fim”, ou seja, de um lado o médico deve se comprometer a prestar o melhor serviço, levando-se em conta sua capacidade e competência técnica, e de outro lado o paciente deve se comprometer em seguir as orientações do profissional. Em suma, o médico não deve se comprometer com o resultado satisfatório, mas deve prestar o melhor serviço para alcançá-lo.
- Que meu médico entregou esse TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO com 05 (cinco) dias antes da data agendada para realização de minha intervenção cirúrgica, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares.

Sendo assim, declaro expressamente que concordo que meu médico realize durante minha internação todos os atos necessários ao meu cuidado, com intuito de preservar minha vida, inclusive a transfusão de sangue se necessário, que autorizo desde já. E que após atenta leitura é de minha vontade autorizar a realização da intervenção cirúrgica, estando plenamente esclarecido dos benefícios e dos riscos da operação indicada.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente conforme
identidade

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

(responsável, familiar ou acompanhante)

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço completo:

Telefone: () _____

Assinatura: _____

2ª Testemunha

(responsável, familiar ou acompanhante)

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço completo:

Telefone: () _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

completo: _____ CRM: _____

Assinatura _____

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
 - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÕES

