

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE GASTRECTOMIA PARCIAL OU TOTAL

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados a **GASTRECTOMIA PARCIAL OU TOTAL** 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 CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** é a retirada cirúrgica total ou parcial do estômago, de um avental de gordura preso ao estômago chamado "epiplon" e dos linfonodos ao seu redor. A extensão de estômago que precisa ser removida depende da localização do tumor. Tumores no antro normalmente são tratados com retirada parcial do estômago (gastrectomia parcial ou subtotal). Os de corpo, fundo e cárdia requerem a retirada completa do órgão (gastrectomia total). Se houver invasão direta de outros órgãos ao redor do estômago é possível retirar a parte acometida destes órgãos "em bloco" com o estômago, Faz-se então uma emenda entre o que restou do estômago e o intestino delgado (gastrectomia subtotal) ou entre o esôfago e o intestino delgado (gastrectomia total). Após o término do procedimento, é colocado um dreno próximo à área em que foi feita a emenda e no território onde os gânglios foram retirados. Pode ser colocada uma sonda para alimentação precoce.

2) **Complicações e Riscos:** trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, sangramento, pancreatite aguda, fístula pancreática, vazamento na anastomose gastrojejunal, vazamento do coto duodenal, esvaziamento gástrico rápido, diarreia, adaptação do hábito alimentar, onde menores porções de comida são ingeridas, perda de peso, lesão inadvertida por cauterio, lesão inadvertida de alças intestinais, obstrução gastrintestinal, hemorragia digestiva, atelectasia pulmonar, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões de órgãos adjacentes, hérnia incisional, infecção da ferida operatória, fistula digestiva, abscessos intra-peritoneais, pancreatite aguda e derrame pleural, náuseas e vômitos.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **GASTRECTOMIA PARCIAL OU TOTAL** e ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **GASTRECTOMIA PARCIAL OU TOTAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **GASTRECTOMIA PARCIAL OU TOTAL** 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, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome 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.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 OU **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**