

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

- Todo paciente tem DIREITO à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento médico-terapêutico-cirúrgico que virá a sofrer e que possa colocar em risco sua integridade física e/ou mental antes de concordar com ele.
- É DEVER do médico esclarecer os limites, riscos e desconfortos inerentes a cada procedimento médico proposto e esses devem ser explicados exaustivamente oralmente antes da assinatura deste termo.

(Código de Ética Médica, artigos 22, 31 e 34)

Eu \_\_\_\_\_,  
portador da cédula de identidade RG nº. \_\_\_\_\_, e devidamente inscrito (a) no  
CPF sob nº. \_\_\_\_\_, por determinação explícita de minha vontade, **AUTORIZO**,o  
(a) DR.Vanderson de Oliveira Lemos,CRM nº 5285235-0, e todos os demais  
profissionais médicos de sua equipe a realizar a intervenção cirúrgica:

- Gastrectomia Vertical (SLEEVE)
- Gastroplastia Redutora Videolaparoscópica em Y de Roux
- Cirurgia Revisional Pós Sleeve( Provável Conversão do Sleeve em By Pass)

Foi-me informado e explicado neste ato que:

1. Declaro reconhecer que os profissionais responsáveis por meu tratamento têm a obrigação de dedicar atenção, cuidado e diligência necessária, visando promover da melhor forma possível, através das condições de infra-estrutura e técnicas disponíveis, meu tratamento, sem, no entanto se responsabilizarem pelo resultado final da intervenção.

2. Todo e qualquer procedimento cirúrgico depende de fatores pessoais, características fisiológicas individuais, pré-disposições hereditárias e condições clínicas pré-cirúrgicas desconhecidas, assim como do respeito aos cuidados no pré e pós-operatórios, sendo por esses motivos IMPOSSÍVEL A GARANTIA DE RESULTADO FINAL.

3. Declaro que meu médico me expôs com detalhes todos os métodos alternativos de tratamento (dietas, uso de redutores de apetite, alteração de hábitos de vida, atividade física planejada, etc.) e que somente após tratamentos clínicos pregressos ineficazes e criteriosa avaliação em conjunto com outros profissionais (psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas) e da realização de diversos exames complementares decidiu-se pelo procedimento determinado acima. Entendo que a cirurgia visa a redução do volume do estômago com conseqüente retardo do esvaziamento, reduzindo a ingestão alimentar.

4. Declaro também que me foi esclarecido que faço parte do grupo de pacientes portadores de Obesidade Moderada ou Severa, doença que acarreta problemas sérios a minha saúde bem como redução da expectativa de vida e incidência de patologias concomitantes sérias – as co-morbidades - relacionadas à obesidade - como hipertensão arterial (aumento da pressão arterial), doenças cardiovasculares (do coração e dos vasos sanguíneos), artropatias (nas articulações), morte súbita, diabetes mellitus tipo 2, apnéia do sono (falta de ar grave durante o sono) e câncer.

5. Declaro que as informações abaixo relacionadas são, em sua essência, verdadeiras, relato completo de minha saúde física e mental, tendo conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá resultar em prejuízos, comprometer o procedimento acima descrito bem como deixar seqüelas ou acarretar danos a minha saúde.

6. É impossível a garantia de pleno êxito neste procedimento, pois se trabalha com fenômenos biológicos e, portanto imponderáveis.

7. Deverei sempre procurar o médico diante de qualquer reação ou alteração no organismo durante o tratamento.

8. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de ANESTESIA GERAL, cujos métodos, técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista.

9. Sobre a técnica utilizada – ANEXO IV:

10. Declaro ter sido informado que a cirurgia bariátrica é tida como de grande porte e assumo todos os riscos de conseqüências e complicações inerentes a ela que podem vir a ocorrer, conforme listados no anexo I.

11. Se a opção foi por cirurgia pela técnica por Videolaparoscopia (introdução de instrumentos específicos por orifícios menores que 2cm, ao invés de grandes incisões), além das complicações já expostas, pode haver especificamente as complicações descritas no anexo II.

12. Declaro estar ciente e que meu médico informou-me que cirurgias plásticas poderão ser necessárias para a correção estética de excessos de pele, principalmente em mamas, membros superiores, abdômen e face interna das coxas, sendo impossível prever a quantidade de pele pendente que se desenvolverá e que isto depende principalmente da idade e elasticidade da pele.

13. Declaro que meu médico informou-me da possibilidade e/ou necessidade de haver durante o meu tratamento transfusão de sangue e/ou hemoderivados (um de seus subprodutos).

14. Autorizo a execução e posterior uso para fins científicos como publicação de artigos técnicos, palestras, etc, desde que preservada minha identidade, de: fotografias, vídeos, ultrassonografias, radiografias e semelhantes, antes, durante e depois do procedimento cirúrgico a ser realizado.

15. Fui informado (a) e autorizo procedimentos adicionais ou diferentes daqueles originalmente previstos, inclusive que se converta a cirurgia laparoscópica para cirurgia aberta, se houver necessidade, a critério médico.

16. Entendo que em todo procedimento cirúrgico com anestesia geral existem riscos e complicações. E estes riscos serão maiores quanto maior for o grau de obesidade. Não há garantias que uma complicação séria não venha a ocorrer em qualquer caso.

17. Declaro estar ciente sobre as necessidades de mudança no estilo de vida, da necessidade fundamental de apoio psicoterápico, que **O SUCESSO DO TRATAMENTO DEPENDERÁ DA MINHA COOPERAÇÃO**, da adesão a hábitos alimentares saudáveis, eliminando o consumo de alimentos muito calóricos, gordurosos e de açúcares, que a perda de peso dependerá também da associação do tratamento com atividades físicas regulares e de outros fatores como idade, sexo, raça , etc...

18. Fui informado que a cirurgia é apenas uma das etapas importantes, mas não a essência do tratamento e para que o procedimento tenha sucesso duradouro é **FUNDAMENTAL QUE O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO/PSÍQUICO/NUTRICIONAL PÓS-OPERATÓRIO SEJA CRITERIOSAMENTE REALIZADO E CONTINUADO PELO RESTO DA VIDA.**

19. Declaro estar ciente, bem como instruído, que é de crucial importância a observância desses cuidados pré e pós-operatórios (Anexo III) para o bom resultado do procedimento.

20. Declaro que após leitura consciente e detalhada, compreendi o conteúdo do presente documento, afirmando que me foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão declarando, portanto estar bem informado tanto a respeito do tratamento como dos riscos e cuidados inerentes a ele.

21. Sendo assim, declaro que fui diagnosticado como portador de Obesidade Moderada ou Severa, que entendi as informações aqui fornecidas e **ACEITEI ME SUBMETER À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ACIMA DESCRITA**, após minuciosa explicação oral de meu médico cirurgião e/ou membros da equipe, tendo conhecimento de todos os benefícios, riscos e complicações inerentes a ela.

## **DÚVIDAS**

1) As informações descritas nesse documento esclareceram todas suas dúvidas?

Sim  Não Descreva: \_\_\_\_\_

2) Foram as informações prestadas de fácil compreensão e assimilação, em termos de fácil entendimento e estas esclareceram todas as dúvidas sobre o procedimento a que o (a) Sr (a) será submetido (a)?

Sim  Não Descreva? \_\_\_\_\_

3) Há ainda informações suplementares que o paciente gostaria de obter desse profissional?

Sim  Não Descreva? \_\_\_\_\_

Firmo o presente **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, AUTORIZANDO EXPRESSAMENTE** todos os atos formais e clínicos relativos ao meu tratamento como o agendamento do procedimento, requisição do material necessário e outras providências.

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**PACIENTE**

---

**MÉDICO (CIRURGIÃO)**

**Testemunhas:**

---

Nome:

RG

---

Nome:

RG

## ANEXO I

### **COMPLICAÇÕES (FÍSICAS/ORGÂNICAS)**

- Infecção de parede abdominal
- Hérnia abdominal, ocorre mais frequentemente após infecção da parede abdominal. Quando necessário pode ser corrigida cirurgicamente após a perda de peso.
- Ocorrência freqüente de vômitos e diarréias, que podem se tornar um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida.
- Obstrução do reservatório gástrico por alimentos sólidos não mastigados adequadamente.
- Formação de coágulos nas veias (normalmente dos membros inferiores), que podem se desprender e migrar para qualquer local do corpo. Dependendo do local onde ele se aloja pode resultar edema (inchaço) ou feridas temporárias ou permanentes, dificuldade para respirar e até a morte.
- Hemorragia intra-abdominal (no interior do abdômen) ou vazamento de líquidos do estômago ou intestinos para a cavidade abdominal, para outros órgãos ou através da pele (chamadas fistulas). Por esses motivos pode ser necessária re- operação e nenhum paciente deve se submeter a cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade.
- Internação na Unidade de Terapia Intensiva para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha a ocorrer.
- Insuficiências de órgãos como coração, rins, fígado, pulmões.

### **COMPLICAÇÕES (EMOCIONAIS/COMPORTAMENTAIS)**

- Problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, anorexia e bulimia podem ocorrer após a cirurgia.

## **ANEXO II**

### **DA TÉCNICA DE VIDEOLAPAROSCOPIA**

- Complicações pulmonares: - hipoxemia (diminuição do oxigênio no sangue), atelectasia (colapso pulmonar, dilatação incompleta ou falta de dilatação dos pulmões), pneumotórax hipertensivo (ar no pulmão), broncoespasmo (semelhante à crise de bronquite, que impede a oxigenação adequada dos pulmões).
- Sangramento do fígado, principalmente em pacientes muito pesados e com fígado muito gorduroso (esteatose hepática).
- Apesar de ser muito pouco freqüente, por esses motivos pode ser necessária a conversão da cirurgia por laparoscopia em cirurgia aberta.

## **ANEXO III**

### **CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO**

Comprometo-me a:

- Fazer acompanhamento psicoterápico até que receba alta da equipe de psicologia.

- Evitar o uso de medicamentos: (descrever): \_\_\_\_\_
- Comunicar ao médico todos e quaisquer mal estar físico ou psíquico que por ventura venha a sofrer dias antes da cirurgia.
- Evitar exageros ao comer e ao ingerir bebidas alcoólicas pelo menos uma semana antes da cirurgia.
- Evitar o uso de todo e qualquer medicamento anorexígeno (reduzidor de apetite) por um período de 30 dias antes da cirurgia; o mesmo vale para os diuréticos.
- NÃO FUMAR 30 (trinta) dias antes da cirurgia.

## **CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO**

Comprometo-me a seguir todas as instruções e cuidados indicados para o pós-operatório, oralmente e/ou por escrito, dentre elas:

- Repouso relativo por no mínimo 7 (sete) dias, ou quanto for orientado pela equipe médica.
- Usar suplemento vitamínico para o resto da vida, de acordo com a prescrição da equipe.
- Seguir rigorosamente a dieta nutricional prescrita: comer devagar, mastigando muito bem, respeitar o volume orientado, ingerir líquidos em quantidade suficiente e em horários afastados das refeições, evitar gorduras e açúcares. Alimentos sólidos, como carne e arroz não devem ser ingeridos no início desse período pós-operatório, sob risco de complicações sérias.
- Comer apenas as refeições que forem orientadas.
- Não ingerir bebidas gasosas ou alcoólicas sem orientação.
- Seguir corretamente a medicação prescrita.
- Comparecer aos retornos agendados, fazer as revisões clínicas e cirúrgicas mensais.
- Comparecer às Reuniões de Grupo Pós-Operatório, como terapia de suporte para expor as dificuldades e receios nesse período de adaptação ao novo organismo.
- Abstinência de fumo pelo período de 30 dias posteriores à cirurgia

## ANEXO IV

*(Reconhecidas pela Resolução do CFM nº 1942/2010)*

### DA TÉCNICA:

**CIRURGIA REVISIONAL( PROVÁVEL CONVERSÃO DE SLEEVE EM BY PASS) –** são procedimentos que envolvem maior restrição da capacidade gástrica, o que permite menor ingestão alimentar, com maior componente disabsortivo.

***ESSE PROCEDIMENTO TEM UMA TAXA DE COMPLICAÇÃO MUITO MAIOR DO QUE A CIRURGIA REALIZADA (SLEEVE), POIS SE TRATA DE UMA REOPERAÇÃO.***

***O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PODE SER INTERROMPIDO DEVIDO A DIFICULDADES TÉCNICAS.***

Essas técnicas também apresentam efeitos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão das co-morbidades metabólicas, em especial sobre o diabetes tipo 2 e a dislipidemia.

**DESVANTAGENS:** mais sujeitos às complicações nutricionais e metabólicas de controle mais complexo, tais como deficiência de vitaminas lipossolúveis, deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; desmineralização óssea; úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos fétidos.

## ANEXO V

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES MENORES DE IDADE OU INCAPAZES**

Os representantes legais do paciente declaram assumir plena responsabilidade pelas informações e consentimentos prestados neste termo:

Nome do Representante Legal:

Data de nascimento:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

RG Nº.

CPF Nº

End.:

Telefone:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou Representante Legal para a participação nesta cirurgia.

---

**ASSINATURA DO CIRURGIÃO**