

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)

AUTORIZO, o (a) **DR. VANDERSON DE OLIVEIRA LEMOS**, CRM 5285235-0, e todos os demais profissionais médicos de sua equipe a realizar a intervenção cirúrgica:

GASTROPLASTIA REDUTORA VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 **SER 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 progressos ineficazes e criteriosos 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 à 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 à 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 à 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. A técnica empregada é conhecida como **SLEEVE** ou **BY-PASS** (aceitas pelas sociedades mundiais e pelo CFM). Não existe técnica melhor e sim a mais adequada para cada paciente. São escolhidas de acordo com cada caso, conforme explicado ao paciente no momento do agendamento da cirurgia. Importante salientar que durante o ato cirúrgico, pode ser necessário trocar a técnica por outra em razão de dificuldade técnica encontrada e não esperada no procedimento.

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**, à adesão de 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 à 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 SUBMETTER 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 a 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)