



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Declaro estar ciente que:

1. Sou portador de **COLELITÍASE** ou **PÓLIPO DE VESÍCULA BILIAR** (com ou sem colecistite) com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo.
2. Apesar dos resultados satisfatórios, cerca de 1% dos casos há necessidade de conversão para a cirurgia aberta.
3. Na cirurgia das vias biliares existe a possibilidade de cálculo residual em colédoco em aproximadamente 5% dos casos e que pode haver a necessidade de realização de colangiografia pré ou pós-operatória com exploração das vias biliares.
4. Declaro compreender a necessidade da realização do procedimento. Estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida por cauterio, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões em via biliar (0,3%), hérnia incisional umbilical, infecção da ferida operatória, coleperitônio, fistula biliar, icterícia, pancreatite aguda, colangite aguda, coledocolitíase, realização de ostomias (bolsas no abdômen para coletar fezes ou urina, temporárias ou definitivas), seqüelas estético-funcionais. Podem suceder náuseas, vômitos e mesmo diarreia no pós-operatório. Pode haver necessidade de reoperações. A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de 5% e a mortalidade menor que 1%.
5. Estou ciente dos riscos de complicações clínicas durante ou após a cirurgia, dentre elas, cardiológicas, vasculares e cerebrais, incluindo risco de infarto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Centro de Terapia Intensiva e até mesmo o óbito intra ou pós-operatório.
6. Se, durante o procedimento, a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, tais como lesões de alças intestinais ou outros órgãos abdominais, poderá ser necessário a realização de procedimento diverso e/ou adicional, como a ressecção do segmento acometido e/ou realização de laparoto-

mia (incisão abdominal aumentada).

7. Pode haver necessidade do uso de sondas, drenos e cateteres durante e após a cirurgia.

8. A minha cooperação no pós-operatório é de fundamental importância para o resultado satisfatório da cirurgia.

9. Em algumas circunstâncias a cirurgia pode gerar resultados inesperados já que a medicina não consiste em ciência exata e a resposta do organismo varia entre os indivíduos.

10. Autorizo, desde que minha identidade seja preservada, a obtenção de fotos, vídeos e dados para fins científicos como congressos, publicações e exposições.

11. Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, ciente do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu CONSENTIMENTO para sua realização, extensivo à equipe médica.

NOME

NÚMERO DE IDENTIDADE (RG)

DATA

ASSINATURA (paciente ou responsável)