
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DOENÇA DO REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO:

Eu _____, de
identidade: _____,
() Paciente / () Responsável (Grau de Parentesco _____), declaro que:

- 1) fui informado(a) Pelo Dr Vanderson de Oliveira Lemos de que as avaliações e os exames revelaram que sou ou portador da DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo.
- 2) O procedimento será a **FUNDOPLICATURA VIDEOLAPAROSCÓPICA**, que consiste na confecção de uma válvula anti-refluxo utilizando a parede gástrica, para tratamento da doença do refluxo gastroesofágico associado ou não a hérnia de hiato.
- 3) Estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que durante o procedimento, em algumas ocasiões especiais, pode existir a necessidade de conversão para a cirurgia aberta.
- 4) Declaro compreender a necessidade da realização do procedimento. Mesmo com o tratamento cirúrgico, podem ser necessárias outras medidas clínicas para obtenção de um melhor resultado, como a utilização diária de medicamentos, a correção do hábito alimentar, a perda de peso e a não utilização de álcool ou tabaco.
- 5) Estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: pneumotórax, disfagia, retenção urinária, lesão hepática, lesão esplênica, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, embolia pulmonar, sensação de gases, hérnia incisional, infecção da ferida operatória e até uso de ostomias (bolsas no abdômen para coletar fezes ou urina). A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de 3 à 10% e a mortalidade menor que 0,5% (o que aumenta com o aumento da idade do paciente). Mesmo após o procedimento cirúrgico, em cerca de 5% dos casos, pode haver manutenção dos sintomas de refluxo gastroesofágico ou disfagias que exijam dilatações esofágicas e até reoperações. Estou me submetendo a esta cirurgia ciente de todos os benefícios e riscos relacionados a ela.
- 6) 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.

7) 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 laparotomia (incisão abdominal aumentada).

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

9) estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de anestesia, transfusão de sangue e outras técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico

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

11) 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.

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

13) Declaro, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

14) Em face dos esclarecimentos prestados de viva voz pelo médico, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas e 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.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo,

Nome: _____ Identidade: _____

Data: ___/___/___ Assinatura (paciente ou responsável legal):

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art. 9o. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22o Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24o** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31o.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34o.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.