



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Procedimento: Colectectomia Videolaparoscópica

Identificação do Paciente:

Nome: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
CPF: _____
RG: _____

Identificação do Responsável: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Nome do Responsável: _____
CPF: _____
RG: _____

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Colectectomia Videolaparoscópica**, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento, prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

DIAGNÓSTICO: COLECISTOLITIASE (Pedras na vesícula biliar) COM OU SEM COLECISTITE (Inflamação da vesícula) E/OU POLIPO DE VESÍCULA BILIAR

LATERALIDADE: () Direito () Esquerdo () Não se aplica

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: É a remoção cirúrgica da vesícula biliar. A cirurgia será realizada preferencialmente pela via videolaparoscópica, através de pequenos furos no abdome, podendo, ocasionalmente, ser realizada conversão para o método aberto convencional, a critério de meu cirurgião, o que pode ocorrer em até 1% dos casos. Durante o procedimento, o médico poderá realizar, a colangiografia, exame contrastado dos canais biliares, caso seja necessário evidenciar presença de cálculos que tenham migrado para as vias biliares.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Declaro ter sido informado que na colectectomia, existe a possibilidade de cálculo residual em colédoco em até 5% dos casos, o que pode necessitar tratamento adicional posterior. Alguns dos riscos que o procedimento apresenta são: embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida de outros órgãos adjacentes por eletrocautério, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, hérnia incisional (mais frequentemente na região umbilical), infecção das feridas operatórias, cicatrizes hipertroficadas ou queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira), e fístulas biliares (extravasamento de bile).

Ainda fui informado (a), que podem ocorrer lesões nos canais biliares em até 0,5% dos casos, que poderão necessitar reoperações, tratamentos percutâneo, endoscópico, laparoscópico ou aberto/ convencional para reparo. Após a cirurgia, podem ocorrer náuseas, vômitos e mesma diarreia no pós-operatório, sendo ocasionalmente a diarreia crônica, passível de tratamento medicamentoso.

Tenho ciência dos riscos de complicações clínicas durante ou após o procedimento, dentre elas: complicações cardiológicas, vasculares e cerebrais, entre eles o risco de infarto, Tromboembolismo Venoso (TEV/TEP) ou Embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e até mesmo o óbito intra ou pós-operatório.

BENEFÍCIOS: Tratamento da doença; menor risco de sangramento comparado ao procedimento convencional (aberta); menor risco de infecção hospitalar; menor tempo de internação.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: Fui orientado(a) que há possibilidade de controle clínico para os sintomas das pedras na vesícula, mas que estes não têm efeito nas pedras em si. Em caso de pacientes assintomáticos, a observação e tratamento clínico pode ser realizado, levando-se sempre em consideração os riscos de complicação relacionados à presença das pedras na vesícula ou dos pólipos.

Declaro, que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas junto a equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao procedimento a qual o paciente será submetido, exceto em casos emergenciais.

Tendo sido informado acerca dos tratamentos alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações apresentadas acima, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

Para realizar o procedimento proposto, será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Declaro esta ciente que poderá ser necessária a administração de sangue e seus componentes. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispnéia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras.



Para a realização do procedimento, será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico, e em determinadas situações, utilizar dispositivos de fixação, os quais são fundamentais para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica com precisão. Devido à imobilização do paciente e ao uso desses fixadores, poderão ocorrer, durante o procedimento, marcas, lesões ou hematomas nas áreas do corpo que ficarem sobre pressão. Com intuito de reduzir esses riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos.

Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente, poderão ser administrados fármacos para controle dor.

Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao meu médico e assine o termo de revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento descrito acima.

Certifico que li este termo, o que qual me foi explicado pelo médico e por sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem acessível e que compreendo e concordo com todas as informações que me foram prestadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira igualmente compreensível, não restando, assim, nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Itabira, ____ de _____ de ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

Assinatura do Médico Assistente e carimbo