

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016<sup>i</sup>, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

1. Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Santa Maria ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a necessidade de proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**Cirurgia de Obesidade Mórbida**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

2. Estou ciente, quanto aos riscos e benefícios inerentes a este procedimento, podendo eventualmente decorrer complicações abaixo relacionadas, mais frequentes, descritas pela literatura médica:

- Procedimento: Cirurgia de Obesidade Mórbida

Descrição: esta cirurgia visa a perda de peso do paciente, favorecendo a melhora de patologias associadas a obesidade principalmente diabetes e hipertensão arterial. As cirurgias mais comuns, são: Redução simples do estômago (Gastroplastia Vertical – Sleeve). Redução gástrica com pequeno estômago e desvio intestinal (Gastroplastia à Y de Roux - Bypass) Redução do estômago com derivação (desvio) biliar. (Gastrectomia vertical e desvio intestinal – Duodenal Switch). Gastrectomia subtotal com derivação (desvio) biliar (Gastrectomia horizontal com desvio intestinal – Scopinaro). Redução gástrica com bandagem (Banda Sueca ajustável). Colocação de balões intragástricos e outros. A perda de peso esperada, um ano após a cirurgia é de um terço até metade do peso extra do paciente. Após a cirurgia, a cooperação do paciente é fundamental, exigindo mudança no seu estilo de vida e hábitos alimentares. A cirurgia pode ser realizada por videolaparoscopia ou aberta (com corte no abdômen). Necessidades técnicas podem transformar o método videolaparoscópico em cirurgia pelo método aberto. A decisão é do cirurgião que não é comprometido com o método e sim com solução mais segura da patologia.

- Complicações:

1. Derrames pleurais (acumulação de líquido entre o pulmão e a parede do tórax) comum em qualquer cirurgia no alto abdômen, que pode necessitar de drenagem torácica;
2. Arritmias cardíacas;

3. Complicações pulmonares tais como, atelectasias (fechamento de parte do pulmão, pneumonias (infecção pulmonar) e embolias (migração de coágulos de sangue para as artérias pulmonares) gerando insuficiência ventilatória, que podem ocorrer em qualquer cirurgia de grande porte;
4. Fístulas intestinais (quando nos locais das costuras intestinais ocorre vazamento) que provocam infecções, são raras, mas podem exigir reoperações;
5. Hemorragias que podem levar a reoperações;
6. Trombose venosa profunda (formação de coágulos de veias profundas) imediatas ou tardias podem ocorrer, apesar dos cuidados tomados durante e após a cirurgia, imediatas especialmente em obesos com doenças de veias em membros inferiores;
7. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, especialmente em super obesos, diabéticos, hipertensos, insuficientes renais, vasculopatas, pneumopatas e cardiopatas têm risco maior de complicações severas durante ou após a cirurgia;
8. Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço);
9. Maior formação de cálculos biliares especialmente nas cirurgias onde são usadas as técnicas Duodenal Switch e Scopinaro;
10. Dor nos ombros, temporária, na videocirurgia;
11. Enfisema subcutâneo, temporário, na videocirurgia;
12. Retenção urinária, temporária, no pó-operatório imediato;
13. Hematomas, equimoses e sangramentos eventuais dos orifícios dos portais;
14. Gases e fezes com maior odor especialmente em Duodenal Switch e Scopinaro;
15. Alterações no paladar e nas preferências alimentares, bem como intolerância por certos alimentos.

3. Declaro ter ciência que Hospital Santa Maria mantém uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

8. Por fim, confirmo que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:**

\_\_\_\_\_

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Teresina/PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**A ser preenchido pelo médico:**

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

\_\_\_\_\_

Teresina/PI, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<sup>1</sup> Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido."