

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Autorizo a Dra. Patricia Leite a executar uma cirurgia videolaparoscópica devido ao quadro de _____.

Fui orientado que a técnica deste procedimento consiste em: após a indução anestésica, que me deixará inconsciente durante a cirurgia, será realizada uma incisão na região da cicatriz umbilical por onde será introduzida uma agulha específica na cavidade abdominal. Depois de testar seu posicionamento, será inserido gás de CO₂ através desta agulha para distender a parede abdominal e possibilitar a introdução de um trocater principal e de um sistema de câmera. Sob visão direta do interior do abdome, serão introduzidos trocartes auxiliares, geralmente em número de 2 a 3, e será introduzido um material cirúrgico próprio (pinças, tesouras, eletrocautério, etc) afim de realizar o tratamento proposto.

Caso indicado, será retirado material da lesão para avaliação posterior com exame microscópico, através destas incisões auxiliares, que poderão conforme a necessidade serem, portanto, ampliadas.

Vídeos e fotografias da cavidade abdominal poderão ser feitos durante o intervento para documentação com finalidade didática.

Fui informado que, embora não sejam comuns, são complicações possíveis deste procedimento a ocorrência de: traumas na parede abdominal, complicações infecciosas, hemorragias por lesões vasculares, lesões de órgãos do aparelho digestivo ou do trato urinário, ocorrência de embolias gasosas e até morte.

É também possível a necessidade de conversão para laparotomia devido a dificuldade técnica e risco aumentado de complicações ou ainda a opção de planejar a resolução do tratamento em um segundo momento com uma nova cirurgia complementar.

A anestesia a ser realizada será a geral endotraqueal, com ventilação controlada.

Caso retirada peça operatória, esta será encaminhada para exame anatomopatológico a ser entregue em laboratório especializado sob responsabilidade do próprio paciente ou responsável, e o resultado será avaliado em consulta ambulatorial agendada.

A paciente abaixo assinante declara que:

Leu todo o conteúdo deste consenso pós- informado.

Compreendeu e está de acordo com o que será efetuado.

Foram-lhe devidamente explicados a intervenção, os riscos (complicações) e as possibilidades alternativas de um modo claro (fácil entendimento para uma pessoa leiga, ou seja, não médica ou profissional de saúde).

Recebeu toda a informações que desejava conhecer e a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas.

Declara ainda que pode a qualquer momento antes da cirurgia revogar a sua autorização e o seu consentimento.

Consequentemente, houve a sua autorização e o seu consentimento.

NÃO ASSINAR ESTÁ FOLHA ANTES DE HAVER LIDO ATENTAMENTE, COMPREENDIDO E ACEITO.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (*levar para o Hospital no dia do procedimento*).