



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REFLUXO GASTROESOFÁGICO		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO PLANEJADO

O tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico, geralmente realizado através da técnica de funduplicatura (criação de uma válvula com o fundo do estômago ao redor do esôfago inferior), tem como principal benefício a interrupção do retorno do conteúdo gástrico para o esôfago. Isso resulta na remissão de sintomas como azia, queimação e regurgitação, além de prevenir complicações respiratórias e danos crônicos à mucosa esofágica. Os riscos inerentes ao procedimento incluem lesões acidentais em órgãos adjacentes (como estômago, esôfago, baço ou fígado), reações adversas à anestesia, dor pós-operatória e riscos comuns a qualquer intervenção abdominal de grande porte.

2. PROBABILIDADE DE SUCESSO, COMPLICAÇÕES POTENCIAIS, PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

A probabilidade de sucesso e controle dos sintomas a longo prazo é elevada, estimada em aproximadamente 90% dos casos. O processo de recuperação exige uma transição dietética rigorosa, iniciando com dieta líquida e pastosa por cerca de 2 a 4 semanas, além de restrição de esforços físicos. A ausência de tratamento pode levar ao agravamento da esofagite, desenvolvimento de estenoses, esôfago de Barrett (alteração pré-cancerígena) e, em última instância, ao adenocarcinoma de esôfago.

As complicações potenciais incluem: hérnia local ou incisional, infecção de local cirúrgico ou à distância, sangramento durante ou após a cirurgia, trombose e embolia pulmonar, estenose (estreitamento), não cura ou recidiva da doença, necessidade de conversão para a operação aberta caso a cirurgia seja inicialmente por videolaparoscopia, disfagia (dificuldade para engolir), retenção de gases e pneumotórax.

3. OPÇÕES E/OU ALTERNATIVAS CIRÚRGICAS E NÃO CIRÚRGICAS DISPONÍVEIS PARA TRATAR O PACIENTE

As alternativas ao tratamento cirúrgico incluem o tratamento clínico medicamentoso contínuo, baseado principalmente no uso de Inibidores de Bomba de Prótons e bloqueadores H2 para reduzir a acidez gástrica. Adicionalmente, são fundamentais as mudanças no estilo de vida, tais como: perda de peso, cessação do tabagismo, elevação da cabeceira da cama e modificações dietéticas (evitar alimentos gordurosos, cafeína, chocolate e refeições volumosas antes de deitar). O paciente está ciente de que a cirurgia é geralmente indicada quando o tratamento clínico é insuficiente, não tolerado ou por opção de não manter medicação de uso contínuo.

4. A NECESSIDADE, RISCOS E BENEFÍCIOS E ALTERNATIVAS AO USO DE SANGUE E PRODUTOS SANGÜÍNEOS

Embora a necessidade de transfusão sanguínea seja incomum nesta cirurgia, situações de hemorragia inesperada podem tornar o procedimento vital para manter a estabilidade hemodinâmica e a oxigenação dos tecidos. Os benefícios incluem a reposição rápida de volume e componentes vitais. Os riscos envolvem reações transfusionais, febre e, em casos raros, transmissão de doenças infecciosas. Como alternativas, podem ser utilizados expansores plasmáticos sintéticos, suplementação de ferro no pré-operatório e técnicas de recuperação intraoperatória de sangue, conforme a disponibilidade e indicação médica.

5. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

6. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.