



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OBESIDADE		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO PLANEJADO

O tratamento cirúrgico da obesidade, que compreende técnicas como o Bypass Gástrico em Y de Roux ou a Gastrectomia Vertical (Sleeve), visa promover a redução ponderal sustentada e o controle de doenças metabólicas.

Os benefícios incluem a remissão ou melhora significativa de comorbidades graves, tais como Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica, Apneia Obstrutiva do Sono, Dislipidemias e doenças articulares degenerativas, resultando em aumento da expectativa e qualidade de vida.

Contudo, o procedimento envolve riscos inerentes a qualquer cirurgia de grande porte, incluindo reações anestésicas, complicações respiratórias e eventos tromboembólicos.

Especificamente na cirurgia bariátrica, existem riscos de deiscência de suturas (grampos), estenoses (estreitamentos) e necessidade de reintervenções precoces ou tardias.

Apesar de todo processo de segurança, podem haver complicações que tenho ciência e são descritas aqui. Dentre as Complicações Gerais mais comuns a procedimentos invasivos temos:

- Sangramento
- Infecção
- Problemas cardiovasculares
- Problemas respiratórios

Complicações Específicas da Cirurgia de Obesidade:

- Hérnia local ou incisional
- Infecção de local cirúrgico ou à distância
- Sangramento durante ou após a cirurgia
- Perfuração de vísceras
- Trombose e embolia pulmonar
- Infarto do miocárdio
- Fístula digestiva
- Estenose (estreitamento da anastomose)
- Distúrbios nutricionais e metabólicos
- Alterações psicológicas
- Necessidade de conversão para a operação aberta (laparotomia ou corte maior), caso a cirurgia seja iniciada por videolaparoscopia

2. SUCESSO, COMPLICAÇÕES, RECUPERAÇÃO E NÃO TRATAMENTO

A probabilidade de sucesso é elevada, com perda média esperada de 50% a 80% do excesso de peso inicial, dependendo da técnica e da adesão do paciente ao acompanhamento multidisciplinar. As complicações potenciais incluem, mas não se limitam a: hérnia (incisional ou interna), infecção de sítio cirúrgico ou cavitária, sangramento digestivo ou intra-abdominal, fístula (vazamento em emendas ou grampeamentos), embolia pulmonar e trombose venosa profunda.

Pode haver a necessidade de conversão para cirurgia aberta (laparotomia) caso dificuldades técnicas impeçam a finalização por via laparoscópica. A longo prazo, podem ocorrer distúrbios nutricionais (anemias, deficiências vitamínicas e proteicas) e colelitíase (pedra na vesícula).

O processo de recuperação exige dieta líquida e pastosa evolutiva por cerca de 30 dias, uso de suplementação vitamínica vitalícia e atividade física regular.

O não tratamento da obesidade mórbida implica na progressão das doenças associadas, aumento do risco cardiovascular e redução da sobrevida.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS

O paciente foi informado sobre as alternativas não cirúrgicas, que incluem o tratamento clínico convencional baseado em dieta hipocalórica, programas de exercícios físicos supervisionados, terapia cognitivo-comportamental e farmacoterapia (medicamentos antiobesidade).

Também foram discutidas opções endoscópicas, como o balão intragástrico, que possui caráter temporário. No âmbito das opções cirúrgicas, foram explicadas as diferenças entre as técnicas restritivas (Sleeve) e as técnicas mistas (Bypass), cada uma com seu perfil de eficácia e risco específico, permitindo a escolha da abordagem mais adequada ao perfil clínico e metabólico do paciente.

4. USO DE SANGUE E PRODUTOS SANGÜÍNEOS

Embora a cirurgia bariátrica moderna apresente baixos índices de perda sanguínea, a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados pode surgir em situações de hemorragia aguda transoperatória ou pós-operatória.

Os benefícios da transfusão incluem a restauração da volemia e da capacidade de transporte de oxigênio, essenciais para a preservação da vida em emergências.

Os riscos, embora minimizados pelos rigorosos testes de triagem, incluem reações transfusionais febris, alérgicas ou hemolíticas, além do risco residual de transmissão de doenças infecciosas.

Como alternativas, dependendo da estabilidade do paciente, podem ser utilizados expansores plasmáticos cristaloides ou coloides, suplementação de ferro intravenoso e técnicas de recuperação intraoperatória de sangue (cell saver), quando disponíveis e indicadas.

5. ANESTESIA E MÉTODOS

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;

6. MATERIAIS ESPECIAIS E INTERCORRÊNCIAS

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;

7. EQUIPE ASSISTENTE

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;

8. 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)*.