

TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, _____, autorizo o Dr. _____, CRM: _____, e a sua equipe, a realizar o procedimento _____ para o tratamento de obesidade mórbida.

Recebi todas as explicações necessárias acerca dos benefícios e alternativas de tratamento, incluindo os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s), bem como fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos que incluem:

- trombose, embolia pulmonar, infarto do miocárdio, hérnia, infecção, sangramento, fístula digestiva, estenose (estreitamento da anastomose), perfuração de vísceras, distúrbios nutricionais e metabólicos, alterações psicológicas, risco anestésico, risco de alterações alérgicas a medicamentos, risco de vida, entre outros.

Fui devidamente esclarecido e entendi que a(s) causa(s) da obesidade mórbida não é(são) curada(s) por este procedimento cirúrgico. A operação irá contribuir para perda de peso, entretanto, depende da cooperação e dedicação em seguir as instruções da equipe multidisciplinar, que são fundamentais para o sucesso da operação, bem como para evitar complicações.

Estou ciente de que, durante o procedimento para tentar curar e/ou melhorar a condição clínica acima referida, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

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.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento.

Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação e a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

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).