

## CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ 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 trocar principal e de um sistema de câmera. Sob visão direta do interior do abdome, serão introduzidos trocates 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.

\_\_\_\_\_  
**PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO**

Nome:

CRM:

**TESTEMUNHAS**

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

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