



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PREZADO PACIENTE: O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua **AUTONOMIA** (vontade) em **CONSENTIR** (autorizar) é manifestada. A intervenção cirúrgica indicada será realizada por seu médico e equipe após seu consentimento. Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização da intervenção cirúrgica e início do tratamento. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da intervenção cirúrgica, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

Eu, _____
Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____,
Inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente
na _____
Cidade _____ Estado _____, CEP : _____
Idade _____, peso _____, altura _____, IMC _____,
Co-morbidades (doenças associadas à obesidade) _____

abaixo assinado, **DECLARO** ser de minha livre e esclarecida vontade a realização
da intervenção cirúrgica _____,
que será realizada pelo(a) Dr(a) _____
e sua equipe.



Declaro que fui informado(a) por meu médico que o tratamento ao qual vou me submeter necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar pelo resto da minha vida, com a equipe de meu médico ou de outro serviço de saúde, porque a **OBESIDADE MÓRBIDA** é uma doença crônica (não tem cura, somente controle). A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica indicada não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

Declaro ter sido informado(a) que o sucesso dos objetivos cirúrgicos dependem de minhas reações orgânicas, características anatômicas e de minha participação no tratamento, seguindo de forma disciplinada as prescrições e orientações médicas, antes, durante e após a realização da intervenção cirúrgica. Fui informado(a) por meu médico que embora sejam utilizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências (fatos adversos) poderão ocorrer. Portanto, existem riscos e, não existe garantia de resultado. Os riscos cirúrgicos e as necessárias mudanças de hábitos, foram devidamente esclarecidos por meu médico durante as consultas que antecederam a assinatura do presente documento, respeitando-se assim, minha autonomia (vontade).

Declaro ter sido informado(a) pelo meu médico de que a compreensão e aceitação de meus familiares quanto aos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma intervenção cirúrgica são importantes. Portanto, ao final, meu familiar

_____,
cujo grau de parentesco é _____, assina o presente termo em conjunto, declarando estar esclarecido(a), concordando e apoiando minha decisão.



Declaro ter sido informado(a) e estar ciente que para realizar uma intervenção cirúrgica é necessário a aplicação de anestésico, cujos métodos, preparo (minha avaliação), as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro ter recebido as informações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, tendo lido atentamente, compreendido, estando de acordo com as mesmas, portanto, comprometendo-me a segui-las conforme orientação de meu médico.

Declaro que fui informado(a) por meu médico sobre alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico.

Declaro ter sido informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre as contra-indicações, riscos, inclusive de morte, complicações imediatas e após meses e anos e via de acesso da intervenção cirúrgica indicada de acordo com meu quadro clínico, possibilidades de re-operação, permanência no hospital superior à prevista, e transfusão de sangue.

Declaro expressamente, que concordo que meu médico realize durante minha internação, todos os atos necessários para meu cuidado, com intuito de preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue, que autorizo desde já.

Declaro que fui informado(a) que poderão ocorrer infecções no pós-operatório por várias causas, decorrentes ou não da intervenção cirúrgica.

Declaro que fui informado(a) pelo meu médico de que ficarei com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem de minhas características pessoais.



Declaro estar ciente de que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes à intervenção cirúrgica, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas.

GASTRECTOMIA VERTICAL (GASTRECTOMIA EM MANGA OU GASTRIC SLEEVE). Estas cirurgias restringem a alimentação por meio diminuição da capacidade do estômago através da ressecção (retirada) de parte significativa deste órgão de modo definitivo de modo que dá ao paciente a sensação de saciedade mesmo tendo o paciente ingerido uma quantidade menor de alimentos. Além disso, **hormônios produzidos nesta porção do estômago e que regulam o apetite têm sua estimulação alterada e há menos apetite.** **VANTAGENS:** perda de peso (**menor que a obtida com a técnica do Bypass gástrico**) significativa e duradoura, com baixo índice de insucesso. Têm baixo índice de complicações a curto e longo prazo. Produz controle metabólico e nutricional do paciente. São tecnicamente menos complexas. Apresentam ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. Não impedem o acesso ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos. Não produz deficiências protéicas, vitamínicas e anemia como as cirurgias tipo *Bypass gástrico* e derivações biliopancreáticas. **DESVANTAGENS:** São irreversíveis; passíveis de complicações como deiscência de suturas. **VIA DE ACESSO:** convencional (laparotômica) ou videocirurgia.

Declaro por derradeiro que fui devidamente informado que a cirurgia poderá ser fracionada em etapas, ou mudança da técnica cirúrgica proposta no presente consentimento, ou até mesmo a suspensão da cirurgia em razão de variantes que possam surgir no pré ou no trans-operatório; variantes essas, que não são possíveis de serem detectadas na avaliação pré-operatória, como por exemplo,



febre, jejum inadequado, complicações anestésicas, variações anatômicas, etc. No caso de fracionamento da cirurgia em etapas ou mudança da técnica cirúrgica proposta poderão advir complicações das mais variadas, dependendo de cada caso, o que torna impossível se prever, antecipadamente, quais seriam.

Declaro que recebi este **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** pelo menos 05 (cinco) dias antes da data agendada para realização de minha intervenção cirúrgica, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares. Declaro que após atenta leitura é de minha vontade autorizar a realização da intervenção cirúrgica, estando plenamente esclarecido(a) dos benefícios e dos riscos da operação indicada.

Teresina, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do familiar