

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro
que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram o seguinte diagnóstico:

- () **Obesidade Não controlada**
- () **Obesidade Parcialmente Controlada**
- () **Recidiva da Obesidade**
- () **Semioclusão Digestiva Alta**
- () **Desnutrição**
- () **Hipoglicemia refratária**
- () **Outra complicação:**

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Cirurgia Bariátrica Revisional

Técnica proposta:

Degastrogastrectomia

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a cirurgia bariátrica pode ocasionar situações que podem indicar revisão cirúrgica da técnica anteriormente utilizada. Sintomas como vômitos frequentes, desnutrição, hipoglicemia refratária, reganho de peso ou perda insuficiente de peso, distensão e dor abdominal intermitente constituem alterações que podem necessitar de reoperação específica para controle adequado.

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Estou ciente que os principais motivos que levam à cirurgia revisional são: 1) Problemas anatômicos como dilatação da nova câmara gástrica, migração de anel, comunicação entre a Câmara gástrica pequena e o estômago excluído, estreitamentos de anastomoses (“ligações”) intestinais, Aderências Intestinais; 2) Hérnias internas que ocorrem por deslocamentos fixos ou móveis do intestino, causando pontos de semioclusão ou constrição; 3) Não adaptação ou resultado insuficiente da técnica anteriormente utilizada: - Retirada de Banda Gástrica ajustável, distúrbios disabsortivos graves por técnicas como Scopinaro.

Entendi que a cirurgia bariátrica revisional é indicada apenas quando os tratamentos clínicos como dieta, exercício físico, uso de medicações e outras mudanças no estilo de vida se mostraram ineficazes para controle. Quando há necessidade, deverá passar pela avaliação conjunta de outros profissionais como endocrinologistas, nutricionistas e psicólogos. Fui informado (a) também sobre as potenciais consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

Entendi que o procedimento cirúrgico proposto, consiste na reabordagem da cirurgia realizada anteriormente, onde por ser necessário lise de aderências, ressecção de segmentos de câmara gástrica ou estômago excluído, ressecção e reconfeção de novas anastomoses; ressecção de segmentos de intestino. O procedimento é realizado por via laparoscópica, ou seja, através de pequenos cortes no abdômen e com a utilização de câmara de vídeo. Incisão um pouco maior pode ser necessária para retirada de peça cirúrgica.

Compreendi que as transformações induzidas no aparelho digestivo exigirão mudanças no meu padrão de alimentação incluindo a qualidade e a preparação dos alimentos, a quantidade ingerida por refeição, a adequação da mastigação e necessidade de suplementação de vitaminas.

Estou ciente que a Cirurgia Bariátrica revisional pode ocasionar, correção parcial ou total dos sintomas que surgiram após a cirurgia inicial. Em alguns casos, entretanto, a sintomatologia pode permanecer e mais raramente até mesmo piorar. Em relação a perda ponderal, cerca de 1/3 a 1/2 dos pacientes apresentam perda ponderal adicional significativa, após a revisão cirúrgica. A eficiência vai depender da adesão ao tratamento, das alterações anatômicas revisadas e da eficiência da técnica realizada anteriormente.

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Estou ciente de que em procedimentos invasivos como a cirurgia bariátrica revisional podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, arritmias e reações alérgicas. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Entretanto, apesar de raras, complicações mais graves como fístulas, embolia pulmonar e disfunções de múltiplos órgãos podem ocorrer e levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito.

Fui informado de que:

- Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, havendo a necessidade de dilatação por instrumentos ou endoscopia (que têm seus próprios riscos). Tubos para alimentação podem ser passados para o estômago, intestinos ou veias, caso o paciente seja incapaz de comer ou beber de forma suficiente pela boca. Cirurgia pode ser necessária.
- Vômitos, náuseas, distensão abdominal, podem ocorrer com frequência após esse tipo de cirurgia e isto pode ser um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida.
- Sangramento do estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões, complicações de anestesia e também a morte são possibilidades resultantes da cirurgia. A taxa de complicações e mortalidade é ligeiramente maior em pacientes submetidos a cirurgia revisional.
- É mais comum o uso de Drenos abdominais nas cirurgias bariátricas revisionais. Os drenos podem causar dor no ponto de inserção na pele e incômodo. Pode ser necessária utilização por 07 dias ou mais. Alguns pacientes podem receber alta hospitalar em uso do Dreno, que será retirado posteriormente pela equipe cirúrgica no consultório.
- A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessária para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha decorrer da cirurgia.
- Após meses e anos, qualquer tipo de problema nutricional pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, ferro, proteínas, minerais, etc. Sintomas disso podem incluir mal estar, paralisias,

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

confusão, exantemas, anemias, queda de cabelo, problemas de ossos ou articulações, ferimentos que cicatrizam com dificuldade, irritabilidade na língua, cegueira noturna, dormência, etc. Após a cirurgia da obesidade é necessário tomar suplementos vitamínicos e acompanhamento com a equipe multidisciplinar, por toda a vida.

- Mesmo que o paciente alcance a meta de perda de peso, não significa que ele estabilizará tal peso pelo resto de sua vida, podendo perder mais ou eventualmente ganhar peso posteriormente, em qualquer época após a cirurgia.
- Com a perda de peso, a pele dos braços, pernas, pescoço, abdome, face ou qualquer outro local pode tornar-se flácida, curvando-se ou pendurando-se como uma grande dobra. Isso pode tornar-se totalmente irritante, embaraçoso ou evoluir com erupção da pele ou infecções e odores. Em consequência disto, o paciente pode sentir a necessidade de cirurgias plástica reparadora. Caso isto aconteça, o cirurgião estará disponível para discutir esta ou qualquer outra questão.
- A possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Compreendi que apesar da alta probabilidade de sucesso, não existe garantia absoluta sobre os resultados relativos à perda adicional de peso e controle dos sintomas e alterações metabólicas, independente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos. Um pequeno aumento no peso em longo prazo é normal e esperado com a cirurgia bariátrica, não representando assim um insucesso terapêutico.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto. Há outros tipos de tratamento que podem ser utilizados para controle de sintomas como vômitos, reganho de peso, Hipoglicemia. Uso de medicamentos e adaptação específica da dieta podem ocasionar melhor controle de hipoglicemia, distensão abdominal, vômitos. Uso de técnicas endoscópicas como ablação com Plasma de Argônio na

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
 Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
 Convênio: _____
 Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
 Médico: _____

gastroenteroanastomose, podem ser efetivas no controle do reganho de peso. Fui informado da possibilidade de manutenção do tratamento clínico como alternativa ao tratamento cirúrgico.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(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 co-participação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar.

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 sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (REVISIONAL)

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20____ :____ (hh:min)

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____