

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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: GRAU II () GRAU III ()

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

Cirurgia Bariátrica

Técnica proposta:

Bypass Gástrico em Y de Roux (Fobi-Capella)

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a cirurgia bariátrica está indicada para pacientes portadores de obesidade grave (IMC > 35Kg/m² associado a pelo menos duas comorbidades ou IMC > 40Kg/m²), frequentemente acompanhada por outras doenças como hipertensão, diabetes, alterações do colesterol e apneia do sono, cujas causas estão associadas ao excesso de peso e que a cirurgia é indicada apenas quando os tratamentos clínicos como dieta, exercício físico e outras mudanças no estilo de vida se mostrarem ineficazes. Também fui informado (a) que a indicação cirúrgica depende da avaliação conjunta de outros profissionais, conforme a necessidade individual, como endocrinologista, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, etc. Fui informado (a) também sobre as potenciais consequências de não realizar o pré-operatório da forma recomendada.

Entendi que o procedimento cirúrgico proposto, consiste na redução do tamanho do estômago para uma capacidade de aproximadamente 50 ml e na realização de um desvio no tubo digestivo levando o alimento do estômago reduzido até à porção distal do intestino. O procedimento é realizado por

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

via laparoscópica, ou seja, através de pequenos cortes no abdômen e com a utilização de câmara de vídeo.

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 e minerais.

Estou ciente que a perda de peso induzida pela realização da cirurgia equivale a 1/3 ou metade do peso inicial, e que essa perda pode levar à melhora das comorbidades preexistentes (Hipertensão, Diabetes, Apneia do sono, Dislipidemia, etc), redução parcial do número de medicações usadas ou suspensão das mesmas, redução de fatores de riscos cardiovasculares, controle da dor crônica proveniente da sobrecarga articular, melhora da qualidade de vida e da autoestima, dentre outros benefícios.

Compreendi que apesar da alta probabilidade de sucesso, não existe garantia absoluta sobre os resultados relativos à perda de peso e aos benefícios acima citados, independente do tipo de cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos. Sei que um pequeno aumento no peso em longo prazo é normal e esperado com a cirurgia bariátrica, não representando assim falha ou insucesso terapêutico. 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 do pós-operatório.

Estou ciente de que em procedimentos invasivos como a cirurgia bariátrica 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.

Ainda com relação as complicações, fui informado que:

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

- A possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.
- A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessária para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha decorrer da cirurgia.
- Sangramento do estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões, complicações de anestesia, problemas psiquiátricos como depressão que precisam de cuidados especializados e internação em clínica psiquiátrica, e também a morte são possibilidades resultantes da cirurgia. A estatística no Brasil mostra que aproximadamente 0,1 a 0,55% dos pacientes morre após a cirurgia da obesidade em decorrência de problemas correlacionados à mesma. Nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar tais possibilidades, caso se tornem reais.
- 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.
- Podem ocorrer alterações no paladar e nas preferências alimentares, bem como intolerância a alguns alimentos, em especial os açúcares e as carnes vermelhas.
- 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.

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

- Vômitos, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, entalcos, impactação alimentar, diarreia, flatulência, fezes mal cheirosas, etc. podem ocorrer com frequência após esse tipo de cirurgia e normalmente estão associados ao consumo de preparações gordurosas e inadequadas.
- Em qualquer momento do pós-operatório podem ocorrer complicações nutricionais como carência de ferro, zinco, vitaminas do complexo B, proteínas e outros nutrientes. Sintomas disso podem incluir mal-estar, fraqueza, paralisias, confusão mental, exantemas, anemias, queda de cabelo, problemas de ossos ou articulações, dificuldade de cicatrização, irritabilidade na língua, cegueira noturna, dormência, etc. Sei que após a cirurgia é necessário acompanhamento com a equipe multidisciplinar para o resto da vida e que o uso de suplementos de vitamina e minerais em doses específicas será necessário, seja de maneira profilática ou para tratamento de deficiências já instaladas.
- Durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto.

Fui informado que existem outras técnicas cirúrgicas, além da que me foi proposta, dentre elas a gastroplastia vertical, derivação bílio-pancreática, colocação de balões no estômago, etc. Também estou ciente que posso optar por não operar e mais uma vez tentar o tratamento clínico com dieta, exercício físico e medicações para a perda de peso, mesmo sabendo das limitações e chance de insucesso.

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;

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

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 _____

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

Termo de Ciência e Consentimento

Cirurgia Bariátrica (BYPASS)

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

Paciente: _____ Sexo: _____

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

Convênio: _____

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

Médico: _____

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: _____