

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

- CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA -

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 a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO:

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

- CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A colecistectomia consiste na remoção cirúrgica da vesícula biliar doente, a qual está localizada anatomicamente na parte inferior do fígado e contém um fluido chamado bile. Ele é indicado para o tratamento de comorbidades da vesícula biliar.

O procedimento pode ser realizado por via aberta (corte) ou por via minimamente invasiva (videolaparoscopia ou cirurgia roboticamente assistida). A cirurgia por corte habitualmente é realizada através de um corte no quadrante superior direito do abdome. A cirurgia minimamente invasiva é realizada através da inserção de uma câmera e de instrumentais cirúrgicos através de pequenos cortes (entre 5 e 15mm).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Confirmação do diagnóstico, pela retirada da vesícula e envio do material para análise anatomo-patológica;
- Melhora parcial ou total de dor abdominal associada a cólica biliar ou colecistite aguda;
- Evitar progressão de processo inflamatório visando que não ocorra ruptura da vesícula biliar com disseminação de conteúdo (bile infectada) na cavidade abdominal ou limpeza deste conteúdo caso tenha ocorrido ruptura da vesícula pela evolução da doença;
- Associação de tratamentos cirúrgicos adicionais caso sejam identificados outros fatores/causas/complicações durante o ato cirúrgico.

O tratamento cirúrgico não garante que não será necessário manter a internação para tratamento com antibióticos e/ou recuperação clínica como capacidade de se alimentar de forma adequada, controle da dor, entre outros.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico (a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

No caso de presença de cálculos com ou sem sintomas associados (colelitíase com cólica biliar intermitente ou assintomática) a alternativa de realizar acompanhamento clínico foi apresentada, ponderando os riscos de evolução dos sintomas, progressão da formação de cálculos e complicações como colecistite aguda, pancreatite aguda e coledocolitíase (migração dos cálculos para a via principal de escoamento da bile).

No caso de suspeita de colecistite aguda, o tratamento clínico (com antibioticoterapia) pode não conter o processo inflamatório/infeccioso, tornando o caso mais complicado e de difícil tratamento, inclusive com maior probabilidade de requerer cirurgia de grande porte (envolvendo o fígado ou a via biliar principal) ou de evolução para processo infeccioso complicado (ruptura da vesícula biliar, formação de abscesso, sepse e óbito). Ainda, o tratamento clínico não previne a ocorrência eventual de novo quadro de colecistite aguda. Sabe-se que quanto maior a duração dos sinais e sintomas, maior o risco de perfuração da vesícula e, conseqüentemente, de complicações intra e pós-operatórias.

Na suspeita de pólipos ou câncer de vesícula, o acompanhamento clínico pode postergar o diagnóstico e comprometer os desfechos do tratamento.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são: sangramento em cavidade abdominal ou parede abdominal, com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos; vazamento de bile; lesões da via biliar principal (ducto biliar e/ou colédoco); persistência de cálculos não previamente detectados em via biliar principal (coledocolitíase); infecção do sítio cirúrgico (dentro da cavidade abdominal e/ou na parede, no trajeto das incisões cirúrgicas), com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos; ampliação da cirurgia para drenagem da via biliar principal diretamente para o intestino (derivação bílio-digestiva); lesão de outros órgãos dentro da cavidade abdominal; conversão para cirurgia aberta (por corte), caso optado inicialmente por procedimento minimamente invasivo; má cicatrização, inflamação e formação de queloides nos locais das incisões cirúrgicas; hérnia incisional; dor abdominal, que pode perdurar; riscos anestésicos; outras infecções associadas ao cuidado, como infecção urinária e respiratória; complicações cardiovasculares (incluindo infarto); trombose; formação de aderências dentro da cavidade abdominal que podem causar quadros de obstrução intestinal a curto ou longo prazo; persistência de queixas

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

abdominais (dor, diarreia, distensão); outros riscos raros, porém descritos na literatura são: extravazamento de cálculos não passíveis de remoção na cavidade abdominal, alergia a contraste caso realizado colangiografia intra-operatória; óbito.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica.

Estou ciente da importância de seguir orientações relacionadas ao uso de medicações prescritas, progressão de dieta e restrições temporárias de atividade física, além de outras condutas orientadas pela equipe médica e multiprofissional

Orientações adicionais de reabilitação:

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).

Autorizo Sim Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, 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 São Rafael S.A.

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. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

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

Paciente

ou

Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Representante / Responsável Legal:

Identidade:

Parentesco:

PACIENTE:				ATENDIMENTO:		DATA:
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:		TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:			

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

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,