

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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):

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

CC - CIRURGIA BARIÁTRICA REVISIONAL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia bariátrica revisional é indicada para pacientes que não atingiram os objetivos esperados com a cirurgia bariátrica anterior ou desenvolveram complicações. Pode envolver conversão de técnica, correção de anastomoses, redução de reservatórios ou tratamento de complicações como fístulas ou hérnias internas. A cirurgia pode ser realizada por via aberta ou por via minimamente invasiva (videolaparoscópica/robô-assistida).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente. O objetivo é retomar a perda de peso, melhorar comorbidades ou resolver complicações decorrentes da cirurgia bariátrica prévia.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas com o (a) médico responsável. Incluem intensificação do tratamento clínico, reeducação alimentar, uso de medicamentos ou vigilância.

Alternativas e consequências adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

Riscos específicos incluem:

- Maior risco de fístulas, sangramentos e infecções;
- Dificuldades técnicas e maior tempo cirúrgico;
- Necessidade de conversão para cirurgia aberta;
- Persistência ou agravamento das deficiências nutricionais;
- Possibilidade de necessidade de novas revisões futuras.

Riscos gerais:

- Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;
 - Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;
 - Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;
 - Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;
 - Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista), complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colapso de segmentos pulmonares), infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte.
 - Formação/recidiva de hérnias na parede abdominal;
 - Risco de lesões a estruturas intra-abdominais (como vasos, aparelho digestório, trato urinário ou outros órgãos), incluindo a possibilidade de fístulas, como saída de urina/conteúdo digestivo pela ferida operatória e consequente realização de ostomias. Estas lesões podem ocorrer no momento da punção/colocação do primeiro trocar (para procedimentos minimamente invasivos) ou durante o ato cirúrgico;
 - 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/invasivas, 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:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****REABILITAÇÃO**

Fui informado de que, após o procedimento, 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.

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 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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

--

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ 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 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM