

DR. ANTONIO ALVES JUNIOR

Cirurgia Geral e do aparelho digestivo - Cirurgia Laparoscópica
Mestrado e Doutorado em Cirurgia do Aparelho Digestivo
Hepatologia Cirúrgica - Cirurgia da obesidade



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 é um termo de conscientização das consequências da cirurgia, 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.

Eu, _____, portador(a) da
Cédula de Identidade RG nº _____, Inscrito no CPF/MF sob nº
_____, residente na _____

Cidade _____ Estado _____, CEP : _____

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

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 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 possibilidade de transfusão de sangue. A internação na Unidade de Terapia Intensiva (U.T. I.) pode ser necessária.

Declaro expressamente, que concordo que meu médico realize durante minha internação, todos os atos necessários para meu cuidado, com intuito de preservar minha vida.

Declaro que fui informado (a) que poderão ocorrer complicações no pós-operatório. Todo paciente tem o risco real para uma ou mais complicações. Não há garantia de que uma complicação não venha ocorrer em qualquer caso. As principais complicações que podem ocorrer são:

- Infecções da ferida ou outros locais do corpo (pulmões - pneumonia, por exemplo).
- Inflamação de órgãos: pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagites com dor no peito, queimação, etc.), fígado (hepatite), vesícula biliar (colecistite, cálculos), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite), bexiga (cistite), duodenite (duodenite, úlcera duodenal).
- Insuficiência dos órgãos como rim, fígado, pulmões podem ocorrer após a cirurgia.
- Coágulos das veias dos membros inferiores ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões causando dificuldades para respirar ou morte.
- Muitos pacientes podem ter dificuldades ou intolerância em comer certos alimentos depois da cirurgia.
- Hérnias abdominais;
- Complicações de anestesia;
- Formação de quelóide nas cicatrizes (cicatriz alta com irritação local)
- Alterações menstruais
- Também a morte é possibilidade resultante da cirurgia ou de suas complicações.

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

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.

Declaro que recebi este **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** antes da data de realização de minha intervenção cirúrgica, para que pudesse ser lido, discutido e devolvido ao meu médico devidamente preenchido e assinado antes da cirurgia. 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.

Aracaju, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do familiar