

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Derivação gastro-jejunal em Y de Roux

(Técnica de Fobi - Capella - Cirurgia de Obesidade Mórbida)

- Todo paciente tem **DIREITO** à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento médico-terapêutico-cirúrgico que virá a sofrer e que possa colocar em risco sua integridade física e/ ou mental antes de concordar com ele.
- É **DEVER** do médico esclarecer os limites, riscos e desconfortos inerentes a cada procedimento médico proposto e esses devem ser explicados exaustivamente oralmente antes da assinatura deste Termo.
- É direito do paciente não desejar tomar conhecimento de detalhes de seu tratamento. Neste caso ele deverá determinar um Representante Legal de sua confiança para que responda e decida por ele.

Código de Defesa do Consumidor – (Lei 8.078/90): artigo 6º, III; Código de Ética Médica: artigos 46, 56 e 59; Constituição Federal/88: art.5º, XIV e XXXII.

Eu _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, AUTORIZO o Dr.(a) _____ CRM nº _____ e todos os demais profissionais médicos de sua equipe a realizar a intervenção cirúrgica:

- Derivação gastro-jejunal em Y de Roux (Cirurgia de Fobi – Capella)
 Colectectomia (retirada da vesícula biliar)

1. Declaro reconhecer que os profissionais responsáveis por meu tratamento têm a obrigação de dedicar atenção, cuidado e diligência necessária, visando promover da melhor forma possível, através das condições de infra-estrutura e técnicas disponíveis, meu tratamento, sem no entanto se responsabilizarem pelo resultado final da intervenção.
2. Foi-me alertado que todo e qualquer procedimento cirúrgico depende de fatores pessoais, características fisiológicas individuais, pré-disposições hereditárias e condições clínicas pré-cirúrgicas desconhecidas, assim como do respeito aos cuidados no pré e pós- operatórios, sendo por esses motivos **SER IMPOSSÍVEL A GARANTIA DE RESULTADO FINAL**.
3. Declaro que meu médico me expôs com detalhes todos os métodos alternativos de tratamento (dietas, uso de redutores de apetite, alteração de hábitos de vida, atividade física planejada, etc..) e que somente após tratamentos clínicos progressos ineficazes e criteriosa avaliação em conjunto com outros profissionais (psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas,..) e da realização de diversos exames complementares decidiu-se pelo procedimento determinado acima. Entendo que a cirurgia visa à redução do volume do estômago com conseqüente retardo do esvaziamento, reduzindo a ingestão alimentar.
4. Declaro também que me foi esclarecido que faço parte do grupo de pacientes portadores de Obesidade Moderada ou Severa, doença que acarreta problemas sérios à minha saúde bem como redução da expectativa de vida e incidência de patologias concomitantes sérias - as comorbidades - relacionadas à obesidade - como hipertensão arterial (aumento da pressão arterial), doenças cardiovasculares (do coração e dos vasos sanguíneos), artropatias (nas articulações), morte súbita, diabete melito tipo 2, apnéia do sono (falta de ar grave durante o sono) e câncer.
5. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de ANESTESIA GERAL, cujos métodos, técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista.
6. Sobre a técnica utilizada – **DERIVAÇÃO GASTRO-JEJUNAL EM Y DE ROUX (OU CIRURGIA DE FOBI-CAPELLA)**:
Classificada como cirurgia restritiva, nesta técnica a parte superior do estômago é grampeada visando à redução do volume do estômago e o conseqüente retardo de seu esvaziamento. Uma pequena bolsa gástrica de cerca de 40ml é criada. Essa bolsa pode ser envolvida por um

anel de silicone para retardar a saída dos alimentos. Assim o estômago é reduzido com o objetivo de promover saciedade com pequena quantidade de alimentos. Pode haver perda de até cerca de 40% de peso inicial em um ano e é de difícil reversão.

6.1. Declaro ter sido informado(a) de maneira clara para consentir ser submetido(a) ao presente procedimento cirúrgico, aceitando que seus benefícios são limitados, pois **SEM ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR SÉRIO PODEREI GANHAR PESO NOVAMENTE, E QUE SEM CONSTANTE ATENÇÃO NUTRICIONAL PODEREI SOFRER DE SUBNUTRIÇÃO**. Fui informado que a cirurgia bariátrica é tida como de grande porte e assumo todos os riscos de conseqüências e complicações inerentes a ela que podem vir a ocorrer, conforme listados abaixo.

6.1.1. **COMPLICAÇÕES FÍSICAS/ORGÂNICAS**

6.1.1.1. Infecção de parede abdominal

6.1.1.2. Hérnia abdominal, ocorre mais frequentemente após infecção da parede abdominal. Quando necessário pode ser corrigida cirurgicamente após a perda de peso.

6.1.1.3. Ocorrência freqüente de vômitos e diarréias, que podem se tornar um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida.

6.1.1.4. Obstrução do reservatório gástrico por alimentos sólidos não mastigados adequadamente.

6.1.1.5. Migração do anel de silicone, com ou sem obstrução da bolsa gástrica ou do intestino. Se houver impedimento à passagem de alimentos pode ser necessário retirá-lo através de cirurgia ou endoscopia digestiva.

6.1.1.6. Formação de coágulos nas veias (normalmente dos membros inferiores), que podem se desprender e migrar para qualquer local do corpo. Dependendo do local onde ele se aloja pode resultar edema (inchaço) ou feridas temporárias ou permanentes, dificuldade para respirar e até a morte.

6.1.1.7. Hemorragia intra-abdominal (no interior do abdômen) ou vazamento de líquidos do estômago ou intestinos para a cavidade abdominal, para outros órgãos ou através da pele (chamadas fistulas). Por esses motivos pode ser necessária reoperação e nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade.

6.1.1.8. Internação na Unidade de Terapia Intensiva para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha a ocorrer.

6.1.1.9. Insuficiências de órgãos como coração, rins, fígado, pulmões.

6.1.2. **COMPLICAÇÕES EMOCIONAIS/COMPORAMENTAIS**

6.1.2.1. Problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, anorexia e bulimia podem ocorrer após a cirurgia

6.2. **TÉCNICA DE VIDEOLAPAROSCOPIA**

Se a opção foi por cirurgia pela técnica por Videolaparoscopia (introdução de instrumentos específicos por orifícios menores que 2cm, ao invés de grandes incisões), além das complicações já expostas, pode haver especificamente as seguintes:

6.2.1. complicações pulmonares: - hipoxemia (diminuição do oxigênio no sangue), atelectasia (colapso pulmonar, dilatação incompleta ou falta de dilatação dos pulmões), pneumotórax hipertensivo (ar no pulmão), broncoespasmo (semelhante à crise de bronquite, que impede a oxigenação adequada dos pulmões);

6.2.2. sangramento do fígado, principalmente em pacientes muito pesados e com fígado muito gorduroso (esteatose hepática).

Apesar de ser muito pouco freqüente, por esses motivos pode ser necessária a conversão da cirurgia por laparoscopia em cirurgia aberta.

Entendo que sempre haverá *risco de vida* em qualquer procedimento médico cirúrgico, independentemente da sua extensão e/ou gravidade. No caso da cirurgia proposta esse risco é de cerca de 1% dos pacientes, dependendo do nível de obesidade e do grau de comorbidades (doenças relacionadas ao excesso de peso) associadas a ela.

7. Fui devidamente informado que são conseqüências esperadas, naturais desta cirurgia o surgimento no pós-operatório de:

- 7.1. Alterações no paladar e nas preferências alimentares ocorrem com frequência. Muitos pacientes têm dificuldades para comer certos tipos de alimentos que eram de costume antes da cirurgia. Alguns pacientes apresentam intolerâncias a certas comidas.
- 7.2. Aumenta a chance de formação de pedras (cálculos) na vesícula biliar e pode ser necessária sua retirada no futuro.
- 7.3. Pode ocorrer queda de cabelo, alteração de textura na pele e unhas, decorrente da perda de peso muito rápida.
- 7.4. Ansiedade, náuseas, vômitos, desconfortos abdominais ou dor pós-operatória, principalmente nos cortes.
- 7.5. Sobras de pele de aparência enrugada não-estéticas.
- 7.6. Cicatrizes, que poderão sofrer alteração de coloração, alargamento e/ou relevo.
8. Declaro estar ciente e que meu médico informou-me que cirurgias plásticas poderão ser necessárias para a correção estética de excessos de pele, principalmente em mamas, membros superiores, abdômen e face interna das coxas, sendo impossível prever a quantidade de pele pendente que se desenvolverá e que isto depende principalmente da idade e elasticidade da pele.
9. Declaro que meu médico informou-me da possibilidade e/ou necessidade de haver durante o meu tratamento transfusão de sangue e/ou hemoderivados (um de seus subprodutos).
10. Autorizo a execução e posterior uso para fins científicos como publicação de artigos técnicos, palestras, etc, desde que preservada minha identidade, de: fotografias, vídeos, ultrassonografias, radiografias e semelhantes, antes, durante e depois do procedimento cirúrgico a ser realizado.
11. Fui informado(a) e autorizo procedimentos adicionais ou diferentes daqueles originalmente previstos, inclusive **que se converta a cirurgia laparoscópica para cirurgia aberta**, se houver necessidade, a critério médico.
12. Entendo que em todo procedimento cirúrgico com anestesia geral existem riscos e complicações. E estes riscos serão maiores quanto maior for o grau de obesidade. Não há garantias que uma complicação séria não venha a ocorrer em qualquer caso.
13. **CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO**
- Comprometo-me a:**
- 13.1. Comparecer às Reuniões Informativas Multidisciplinares no pré-operatório, ou seja, anteriores à cirurgia, que são agendadas mensalmente, das quais farão parte os membros da equipe, além dos pacientes que já fizeram a cirurgia. Estou ciente que é de suma importância a presença, pois se não houver uma orientação psicológica competente, uma verdadeira mudança de atitude frente à comida, à compulsão, à ansiedade, enfim, frente à vida e, um desejo firme de perseverar nesta mudança, de nada adiantará este procedimento cirúrgico. Será ali também que o paciente poderá tirar todas as suas dúvidas com os profissionais, e principalmente com os pacientes já operados sobre a cirurgia, assim como tomar conhecimento prático dos problemas no pós-operatório;
- 13.2. Fazer acompanhamento psicoterápico até que receba alta da equipe de psicologia.
- 13.3. Evitar o uso de medicamentos à base de Ácido Acetil Salicílico por, no mínimo, 15 (quinze) dias antes da cirurgia. Por ex: AAS®, Aspirina®, Bufferin®, etc. ou que tenham efeito anticoagulante;
- 13.4. Comunicar ao médico todos e quaisquer mal estar físico ou psíquico que por ventura venha a sofrer dias antes da cirurgia;
- 13.5. Evitar exageros ao comer e ao ingerir bebidas alcoólicas pelo menos uma semana antes da cirurgia;
- 13.6. Evitar o uso de todo e qualquer medicamento anorexígeno (reduzidor de apetite) por um período de 30 dias antes da cirurgia; o mesmo vale para os diuréticos;
- 13.7. NÃO FUMAR 30 (trinta) dias antes da cirurgia
14. **CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO**
- Comprometo-me a seguir todas as instruções e cuidados indicados para o Pós-operatório, oralmente e/ou por escrito, dentre elas:**
- 14.1. Repouso relativo por no mínimo 7 (sete) dias, ou quanto for orientado pela equipe médica;
- 14.2. Usar suplemento vitamínico para o resto da vida, de acordo com a prescrição da equipe;

- 14.3. Seguir rigorosamente a dieta nutricional prescrita: comer devagar, mastigando muito bem, respeitar o volume orientado, ingerir líquidos em quantidade suficiente e em horários afastados das refeições, evitar gorduras e açúcares. Alimentos sólidos, como carne e arroz não devem ser ingeridos no início desse período pós-operatório, sob risco de complicações sérias;
 - 14.4. Comer apenas as refeições que forem orientadas (e não passar o dia “beliscando”);
 - 14.5. Não comer comidas pastosas com alto teor calórico, como doces, que passam facilmente pelo anel;
 - 14.6. Não ingerir bebidas gasosas ou alcoólicas sem orientação.
 - 14.7. Seguir corretamente a medicação prescrita;
 - 14.8. Comparecer aos retornos agendados, fazer as revisões clínicas e cirúrgicas mensais;
 - 14.9. Comparecer às Reuniões de Grupo Pós-Operatório, como terapia de suporte para expor as dificuldades e receios nesse período de adaptação ao novo organismo;
 - 14.10. Abstinência de fumo pelo período de 30 dias posteriores à cirurgia;
- Enfim, será preciso mudar os hábitos.

15. VALORES

- 15.1. Entendo que valores pagos para cirurgia à equipe do Instituto Pró-Gastro não serão devolvidos após a cirurgia ter sido realizada. Se a opção for por cirurgia laparoscópica e houver necessidade de conversão para cirurgia aberta, os valores gastos com materiais descartáveis utilizados não poderão ser devolvidos. No caso de haver necessidade de nova intervenção cirúrgica nos primeiros 15 dias após a gastroplastia, não serão cobrados honorários da equipe de cirurgia, mas pagamento de outras despesas, como hospital e honorários de anestesista, ficarão por conta do paciente.
16. Declaro estar ciente sobre as necessidades de mudança no estilo de vida, da necessidade fundamental de apoio psicoterápico, que **O SUCESSO DO TRATAMENTO DEPENDERÁ DA MINHA COOPERAÇÃO**, à adesão de hábitos alimentares saudáveis, eliminando o consumo de alimentos muito calóricos, gordurosos e de açúcares, que a perda de peso dependerá também da associação do tratamento com atividades físicas regulares e de outros fatores como idade, sexo, raça, etc...
Fui informado que a cirurgia é apenas uma das etapas importantes, mas não a essência do tratamento e para que o procedimento tenha sucesso duradouro é **FUNDAMENTAL QUE O ACOMPANHAMENTO CLÍNICO/PSÍQUICO/NUTRICIONAL PÓS-OPERATÓRIO SEJA CRITERIOSAMENTE REALIZADO E CONTINUADO PELO RESTO DA VIDA**.
Declaro estar ciente, bem como instruído, que é de crucial importância à observância desses cuidados pré e pós-operatórios para o bom resultado do procedimento.
17. Fui alertado a procurar imediatamente meu médico na fase pós-operatória quando apresentar:
 - 17.1. Febre constante acima de 38° ou calafrios;
 - 17.2. Aumento exagerado do volume abdominal;
 - 17.3. Dores fortes no abdômen;
 - 17.4. Tosse persistente ou dificuldade respiratória;
 - 17.5. Dificuldade exagerada na deglutição;
 - 17.6. Vômito incessante.
18. Declaro que as informações abaixo relacionadas são, em sua essência, verdadeiras, relato completo de minha saúde física e mental, tendo conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá resultar em prejuízos, comprometer o procedimento acima descrito bem como deixar seqüelas ou acarretar danos à minha saúde.
Portanto informo que:
 - 18.1. Já tive ou ainda sou portador das seguintes doenças: _____
 - 18.2. Faço uso dos seguintes medicamentos: _____

18.3. Já tive reação alérgica a: _____

18.4. Já sofri cirurgias anteriormente, como: _____

18.5. Sou fumante há _____.

19. DÚVIDAS

19.1. As informações descritas nesse documento esclareceram todas suas dúvidas? Sim Não Descreva: _____

19.2. Foram as informações prestadas de fácil compreensão e assimilação, em termos de fácil entendimento e estas esclareceram todas a dúvidas sobre o procedimento a que o (a) Sr (a) será submetido (a)? Sim Não Descreva? _____

19.3. Há ainda informações suplementares que o paciente gostaria de obter desse profissional? Sim Não Descreva? _____

20. REVOGAÇÃO

Também entendi que, a qualquer momento, e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este presente termo de consentimento médico que agora firmo.

21. Declaro que após leitura consciente e detalhada, compreendi o conteúdo do presente documento, afirmando que me foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão declarando, portanto estar bem informado tanto a respeito do tratamento como dos riscos e cuidados inerentes a ele.

22. Sendo assim, declaro que fui diagnosticado como portador de Obesidade Moderada ou Severa, que entendi as informações aqui fornecidas e **ACEITEI ME SUBMETER À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ACIMA DESCRITA**, após minuciosa explicação oral de meu médico cirurgião e/ou membros da equipe, tendo conhecimento de todos os benefícios, riscos e complicações inerentes a ela.

Firmo o presente **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, AUTORIZANDO EXPRESSAMENTE** todos os atos formais e clínicos relativos ao meu tratamento como o agendamento do procedimento, requisição do material necessário e outras providências.

Campinas, ____ de _____ de 20 ____

ASSINATURA DO (A) PACIENTE

Testemunha N°1 _____

Testemunha N°2 _____

Qualificação: _____

Qualificação: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA N° 1

ASSINATURA TESTEMUNHA DA N° 2

CONSENTIMENTO PARA PACIENTES MENORES DE IDADE OU INCAPAZES

Os representantes legais do paciente declaram assumir plena responsabilidade pelas informações e consentimentos prestados neste termo:

Nome do Representante Legal _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ RG N°. _____ CPF N° _____

End.: _____

Telefone: . _____

Campinas, ____ de ____ de 20____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou Representante Legal para a participação nesta cirurgia.

ASSINATURA DO CIRURGIÃO