

Dr. Marcelo

Av. Ministro Geraldo Barreto Sobral, 2131, Sala 207 - Bairro Jardins
Aracaju - SE, 49026-010 clinicagastrus.se@gmail.com



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 conseqüências da cirurgia da obesidade, 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, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

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

Cidade _____ Estado _____, CEP : _____

Idade _____, peso _____, altura _____, IMC _____,

abaixo assinado, **DECLARO** ser de minha livre e esclarecida vontade a realização da intervenção cirúrgica _____,

que será realizada pelo(a) Dr. **Marcelo Protásio** e sua equipe.

Declaro que fui informado(a) por meu médico que o tratamento ao qual vou me submeter necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar pelo resto da minha vida, com a equipe de meu médico ou de outro serviço de saúde, porque a **OBESIDADE MÓRBIDA** é uma doença crônica (não tem cura, somente controle). A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica indicada não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento. 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).
- O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisar ser removido.
- 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.
- Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou através da pele. Pode ocorrer drenagem para uma bolsa por um longo período.
- Alterações no paladar e nas preferências alimentares ocorrem com frequência.
- Muitos pacientes podem ter dificuldades ou intolerância em comer certos alimentos (ex. carne vermelha) depois da cirurgia.
- Alimentos sólidos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, necessitando de retirada ou dilatação endoscópica.
- Tubos para alimentação podem ser passados para o estômago, intestinos ou veias, caso o paciente seja incapaz de comer ou beber o suficiente pela boca
- Vômitos persistentes, queimação abdominal e diarreias podem ocorrer com frequência após a cirurgia.
- Sangramento do estômago pode ocorrer;
- Hérnias abdominais;
- Abertura dos grampos cirúrgicos;
- Complicações de anestesia;
- Formação de queloides nas cicatrizes (cicatriz alta com irritação local)
- Alterações menstruais
- Problemas psiquiátricos como depressão que precisam de cuidados especializados e internação em clínica psiquiátrica;
- Também a morte é possibilidade resultante da cirurgia ou de suas complicações.

Após meses e anos, qualquer tipo de problema nutricional pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais, etc. Sintomas disso podem incluir mal-estar, paralisias, confusão, edemas, anemias, quedas de cabelo, problema de ossos ou articulações, ferimentos que cicatrizam com dificuldade, irritabilidade na língua, cegueira noturna, dormência,

etc. Após a cirurgia é necessário tomar suplementos vitamínicos e acompanhamento da equipe de cirurgia da obesidade, ou um médico bem experiente nesta área, por toda a vida. O paciente pode precisar de injeções de vitaminas todo o mês ou por toda a vida. Nas mulheres, recomenda-se não engravidar nos primeiros dois anos após cirurgia da obesidade e pode ser necessária a suspensão da menstruação por algum período.

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.

DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y (CIRURGIA DE FOBI, CIRURGIA DE CAPELLA E CIRURGIA DE WITTGROVE E CLARK). Esta cirurgia, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 50 ml, restringe a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo “**dumping**” (mal-estar provocado pela ingestão de **alimentos hipercalóricos**) e, ainda, pela exclusão da maior parte do estômago do trânsito alimentar. Com isso, **hormônios produzidos no estômago e no intestino e que regulam o apetite tem sua estimulação alterada e há menos apetite.** **VANTAGENS:** perda de peso **acentuada** e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam a doença do refluxo. É **mais** eficiente em comedores de doces e têm baixo índice de complicações a longo prazo. É reversível, embora com dificuldade técnica. Apresenta ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. **DESVANTAGENS:** tecnicamente mais complexas; acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passível de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE GASTRECTOMY). Ressecção (retirada) de grande parte do estômago (aproximadamente 70%), reduzindo para volume de aproximadamente 300 ml, porém sem alterar o intestino. Sua ação decorre da restrição mecânica pela redução do estômago bem como redução de hormônio produzido pelo estômago que regula apetite. **VANTAGENS:** tecnicamente menos complexa, não deixa nenhuma área sem visualização pelos métodos diagnósticos, menores possibilidades de interferência na absorção de nutrientes. É mais eficiente em comedores de grande volume de comidas por refeição. **DESVANTAGENS:** perda de peso menor, piora a doença do refluxo, passível de complicação como deiscência de sutura.

VIA DE ACESSO EM AMBAS AS CIRURGIAS: 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. No caso de fracionamento da cirurgia em etapas ou mudança da técnica cirúrgica proposta poderão advir complicações das mais variadas, dependendo de cada caso, o que torna impossível se prever, antecipadamente, quais seriam.

Declaro que recebi este **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** dias antes da data de realização de minha intervenção cirúrgica, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares 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