Termo de Consentimento Informado para Realização de Cirurgia Bariátrica

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

Nome (completo): _____
Carteirinha Saúde Petrobras: _____**CPF:** _____
Unidade de Lotação/Vinculação: _____
Endereço: _____
Complemento (Ap., Casa, Bloco): _____**Bairro:** _____
Cidade: _____ **UF:**_____**CEP:** _____ - _____
Tel.: ( ) _____ **ou ( )** _____
E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(se diferente do Beneficiário Titular)

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

Nome (completo): _____
Carteirinha Saúde Petrobras: _____**CPF:** _____
Endereço: _____
Complemento (Ap., Casa, Bloco): _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **UF:**_____**CEP:** _____ - _____
Tel.: ( ) _____ **ou ( )** _____
E-mail: _____

RESPONSABILIDADE LEGAL

Declaro que fui informado(a), durante a entrevista com o(a) Dr(a).____ CRM _____,

da Instituição _____, sobre:

- Os detalhes de 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 pregressos ineficazes e criteriosa avaliação em conjunto com outros profissionais (psicólogos, endocrinologistas e nutricionistas) e da realização de diversos exames complementares, decidiu-se pela cirurgia bariátrica. Entendo que a cirurgia visa à redução do volume do estômago com consequente retardo do seu esvaziamento, reduzindo a ingestão alimentar.

- Os riscos cirúrgicos e complicações pré-, per- e pós-operatórias em pacientes que se submetem a esse tratamento cirúrgico, tais como: dor, limitação do volume de ingestão de alimentos, engasgos, náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarréia, flatulência, fezes mal cheirosas, eventuais resultados não esperados e retorno ao peso inicial. As mais frequentes e graves complicações que podem ocorrer são as seguintes:

    1. Infecção de parede, cavidade corporal (abdominal ou torácica), e pulmões (pneumonia, por exemplo);
    2. Inflamação ou infecção dos seguintes 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), duodeno (duodenite, úlcera duodenal);
    3. O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisar ser removido e isto pode aumentar seriamente o risco de infecção pós-operatória;
    4. Insuficiências dos órgãos como coração, rins, fígado, pulmões podem ocorrer após a cirurgia;
    5. Coágulos das veias dos membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões, causando dificuldades para respirar ou mesmo a morte, por embolia pulmonar. Esses coágulos também podem resultar em edema ou ulcerações permanentes nas pernas;
    6. Pode ocorrer a formação de fístulas, que configuram a saída de líquidos do estômago ou intestinos para a cavidade abdominal, para outros órgãos ou através da pele. E, para tratamento dessa complicação, pode ser necessário efetuar a drenagem desses líquidos para uma bolsa, por um longo período.
    7. Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, necessitando de dilatações por instrumentos ou endoscopia (que têm seus próprios riscos). Tubos para alimentação podem ser passados para o estômago, intestinos ou veias, caso o paciente não seja capaz de comer ou beber o suficiente pela boca. Cirurgia corretiva pode ser necessária.
    8. Sangramento no estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas e outras razões, complicações de anestesia, problemas psiquiátricos, como depressão que precisam de cuidados especializados e internação em clínica psiquiátrica, e também a morte são possibilidades resultantes da cirurgia.

Assinando esta declaração, eu estou demonstrando que li e aceitei todos os termos acima sem qualquer dúvida. Fui encorajado(a) a pedir esclarecimentos sobre todas as minhas dúvidas, sendo todas bem respondidas, e entendi todas as respostas, e que optei por este procedimento cirúrgico.

_____ (___) , _____ de _____ de 20 _____.
Local UF dia mês ano

_____
Assinatura do Beneficiário Titular

_____
Assinatura do paciente
(Se diferente do Beneficiário Titular)

_____
Médico Assistente

_____
Testemunha

Declaro ainda, que me comprometo a encaminhar, para a Saúde Petrobras autorizadora desta cirurgia, após decorridos 12 (doze) meses e 36 (trinta e seis) meses da realização do procedimento cirúrgico, a **Folha de Evolução** constante do Protocolo Clínico preenchida pelo cirurgião responsável, para acompanhamento e arquivamento.

_____ (___) , _____ de _____ de 20 _____.
Local UF dia mês ano

_____
Assinatura do Beneficiário Titular

_____
Assinatura do paciente
(Se diferente do Beneficiário Titular)