

■ Termo de Consentimento Espontâneo e Informado **Bypass Gástrico Videolaparoscópico**

Hospital:	
Cirurgião:	Telefone:
Profissional que prestou os esclarecimentos:	Telefone:
Paciente:	
Endereço:	Telefone:
Operação Proposta: Bypass Gástrico Videolaparoscópico	
Risco de Complicações:	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto

Explicações ao Paciente

1. Objetivos da Intervenção Principal

Estreitar a via de entrada do estômago/reduzir a capacidade do estômago/excluir a maior parte do estômago/ diminuir a absorção dos alimentos/outros.

2. Operações Associadas Porventura Incluídas

Retirada da vesícula (calculose)/correção de hérnia ou eventração/outras.

3. Aspectos Técnicos

Anestesia tipo: Geral. Cirurgia com duração média de 2 hs. Internação na UTI em casos de necessidade ou selecionados de maior risco. Permanência no hospital por aproximadamente 7 dias. Existe possibilidade de transfusão. Estes dados são meramente indicativos e poderão se alterar em função dos achados cirúrgicos. Excepcionalmente a cirurgia também poderá ser suspensa caso alterações clínicas imprevistas assim o determinem.

Cirurgia videolaparoscópica podendo se tornar convencional (ou aberta) dependendo das condições encontradas.

4. Desconfortos e Problemas Previstos na Intervenção

Dor na ferida cirúrgica/incômodo de sondas, tubos venosos, eletrodos, monitores, etc.

Dietas zero ou minúsculas porções/náuseas, dificuldades à deglutição, refluxo alimentar, diarreia/intolerância medicamentos/ outros.

Tempo de recuperação estimado para trabalho, rotina doméstica ou viagens: média 2 semanas.

5. Riscos e Complicações

- Infecções: ferida cirúrgica/cavidade abdominal/respiratória/outros locais;
- Problemas com a cicatrização dos pontos;
- Coágulos venosos de membros inferiores ou pulmonares;
- Dificuldades respiratórias/arritmias ou outras alterações cardíacas;
- Perda de peso insuficiente/necessidade de reoperação, endoscopias para dilatação/outros;
- Os riscos incluem sangramento, infecção, fístula digestiva, embolia pulmonar e morte.

6. Tratamentos Necessários Após a Alta Hospitalar e Que Implicam Diretamente na Perda de Peso

Seguimento clínico/medidas nutricionais/acompanhamento psicológico/psiquiátrico/exercícios e fisioterapia/outros.

7. Benefícios Esperados com a Operação

Perda de peso significativa/prevenção ou melhora de diabetes, hipertensão, consumo de medicamentos, anormalidades cardíopulmonares, artrite, apnéia do sono/diminuição do consumo de medicamentos para diversas enfermidades/menores chances de infarto, derrame, trombose e outras doenças graves/melhora da capacidade de movimentação e trabalho/qualidade de vida mais satisfatória.

8. Opções de Tratamento se o Paciente Recusar o Procedimento Bariátrico Aconselhado

Medicamentos emagrecedores/exercícios físicos/assistência psicológica/assistência nutricional/acupuntura/hipnose.
Outras condutas cirúrgicas ou laparoscópicas aplicáveis: usualmente banda gástrica, balão intragástrico, derivações intestinais, etc.

9. Direitos Assegurados ao Paciente

- Ter acesso pessoal às informações do seu prontuário sempre que solicitar, ou autorizar o médico de sua confiança a acompanhar sua evolução, para tanto notificando a equipe cirúrgica;
- Estar seguro da privacidade e confiabilidade das suas anotações clínicas, radiografias, fotos e outros documentos salvo para médicos e profissionais envolvidos com seu tratamento, estudos científicos ou comunicações em reuniões e publicações técnicas;
- Revogar o consentimento mediante aviso aos médicos se a qualquer momento desistir do procedimento, sem sofrer qualquer pressão, recriminação ou perda de direitos como paciente perante a equipe médica.
- Contar com a orientação e assistência dos cirurgiões se em algum instante surgir imprevisto, complicação ou necessidade de tratamento adicional relativo à cirurgia realizada, a menos que manifeste desejo contrário, quando então estará livre para seguir qualquer outra conduta.

10. Recomendações para o Período da Pandemia do Coronavírus

- Manter-se em isolamento por 10 dias antes da cirurgia;
- Realizar Teste PCR para COVID19, 3 dias úteis antes do dia da cirurgia;
- Manter-se em isolamento por 14 dias após a cirurgia;
- Responder ao questionário;
- No dia anterior ao procedimento: Ligar ou enviar mensagem por WhatsApp para o Dr. Luiz Alberto De Carli para informar o resultado do exame de teste PCR para COVID19 e do questionário.

Consentimento Pós Esclarecimento

"Fui devidamente esclarecido pelo meu cirurgião, e/ou equipe médica, sobre a pandemia de COVID19, também chamada de novo coronavírus, que estamos vivendo, bem como os riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que minha cirurgia oferece. Estou informado e compreendi que durante o período perioperatório (imediatamente antes, durante a cirurgia e no pós-operatório) estarei exposto a eventual contaminação pela COVID19 por contato com pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, mesmo que assintomáticos e não sabedores de sua condição, e que isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados, com diferentes graus de gravidade, podendo gerar necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito. Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assiste podem necessitar afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da Instituição. Ciente dos riscos e benefícios, bem como dirimidas todas as dúvidas, aceito realizar o procedimento."

Declaro que após ter ouvido e entendido as explicações acima, concordo em me submeter à operação de Bypass Gástrico videolaparoscópico conforme recomendado.

Local e data:

Assinatura do paciente


Assinatura e carimbo do
profissional que prestou as informações

Dr. Luiz Alberto De Carli
CREMERS :12382 - CPF:29374391015
Consultório: F. 3228.8304 - 3227.6020

Assinatura de testemunha