

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR CIRURGIA BARIÁTRICA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Prontuário: _____ Atendimento: _____ Idade: _____

Data: ___/___/___ Médico: _____

ETIQUETA

- **SOBRE A DERIVAÇÃO GÁSTICA EM Y (CIRURGIA DE FOBI E CAPELLA).** Esta cirurgia além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50ml, possui também o mecanismo funcional do tipo “dumping” (provoca mal-estar a ingestão de alimentos hipercalóricos). Devido a estas alterações, hormônios produzidos no estômago e intestino tem sua produção alterada e há menos apetite;

- **VANTAGENS:** perda de peso acentuada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Trata a doença do refluxo. Tem baixo índice de complicações a longo prazo. Fácil controle metabólico e nutricional. É reversível, embora com importante dificuldade técnica. Apresenta ótimos resultados em termos de melhora na qualidade de vida e no controle das doenças associadas a obesidade. É a técnica mais utilizada no Brasil e EUA;

- **DESVANTAGENS:** tecnicamente mais complexa, com acesso limitado ao estômago e duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos. Passíveis de complicações como deiscência de sutura, deficiência proteica e anemia;

- **VIAS DE ACESSO:** Laparotomia e Laparoscópica.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE E RESPONSÁVEL

1. Declaro estar ciente de que as informações acima não esgotam os riscos inerentes a intervenção cirúrgica, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas;
2. Declaro ter sido informado (a) e estar ciente de que para realizar uma intervenção cirúrgica é necessária aplicação de anestésicos, cujos métodos, preparo, técnica e escolha serão de indicação e responsabilidade exclusiva do **médico anestesista**, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender a minha operação em caso de intercorrências por ocasião da aplicação de anestésico, que impliquem em aumento do risco cirúrgico;
3. Declaro que fui informado pelo meu médico sobre alternativas de tratamento para controle da obesidade, incluindo a técnica cirúrgica;
4. Declaro ter sido informado e devidamente esclarecido sobre as contra indicações, riscos, inclusive de morte, complicações imediatas e tardias, possibilidades de reoperações, permanência no hospital por período superior ao programado e transfusão sanguínea;
5. Declaro expressamente, e concordo que meu médico realize durante minha internação, todos os atos necessários para o meu cuidado com intuito de preservar a minha vida, inclusive transfusão de sangue, que autorizo desde já;
6. Declaro que fui informado que poderá ocorrer infecção no pós-operatório por várias causas, decorrentes ou não da intervenção cirúrgica;
7. Declaro que fui informado pelo meu médico de que ficarei com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ou não ocorrer a formação de queloide. Isso independe da habilidade do cirurgião, e sim das minhas características pessoais;

8. Declaro que fui informado pelo meu médico que o tratamento a que vou me submeter necessita de **acompanhamento com equipe multidisciplinar treinada pelo resto da minha vida**. Este acompanhamento deve ser feito com a equipe de seu médico ou de outro serviço de saúde, visto que a **OBESIDADE NÃO TEM CURA, SOMENTE CONTROLE**. A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica não impede o ganho de peso caso o paciente não faça o acompanhamento de forma adequada e disciplinada;
9. Declaro ter sido informada que os sucessos dos objetivos cirúrgicos dependem de minhas reações orgânicas, características anatômicas e da minha participação no tratamento, seguindo de forma disciplinada as prescrições e orientações da equipe multidisciplinar antes, durante e após a cirurgia. **PORTANDO EXISTEM RISCOS E NÃO EXISTEM GARANTIA DE RESULTADO;**
10. Declaro que meus familiares foram informados quantos aos riscos e possibilidades de outros tratamentos estando cientes e concordando com a intervenção cirúrgica.

O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO é um documento no qual a sua **AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada**. A intervenção cirúrgica indicada será realizada por seu médico e equipe após o seu consentimento. **ESTE DOCUMENTO SOMENTE DEVERÁ SER ASSINADO SE TODAS AS SUAS DÚVIDAS JÁ TIVEREM SIDO ESCLARECIDAS**. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da cirurgia, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré, per e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento com a equipe multidisciplinar por toda vida.

Eu, _____, RG: _____,
CPF: _____, residente na rua _____,
n° _____, bairro _____, na cidade de _____, assino e
declaro ser de minha livre e esclarecida vontade a realização da intervenção cirúrgica.

Paciente Assinatura: _____

Eu, _____, assino estar ciente e
concordo com a decisão tomada pelo meu familiar.

Grau de parentesco: _____ Assinatura: _____

Itajubá, _____ de _____ de _____. Hora: _____

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Expliquei todo o tratamento, assistência clínica ou procedimento ao paciente acima identificado e seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e seu responsável estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico (assinatura e carimbo)

Dr. Gabriel Correia Iannuzzi – CRM: 52.289 – Membro CBC