

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_,  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão expedidor \_\_\_\_\_,

declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Recebi do médico(a) todas as explicações e esclarecimentos necessários, detalhados e claros sobre as técnicas utilizadas para a realização do procedimento ao qual serei submetido(a), as alternativas de tratamento, os benefícios e as possibilidades de ter os resultados esperados, os efeitos adversos, riscos, complicações e problemas potenciais que podem decorrer desse tratamento e das alternativas possíveis, inclusive durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento e não tomar atitude diante da natureza da(s) alteração(ões) diagnosticada(s). Pude fazer todas as perguntas que quis livremente e recebi respostas satisfatórias. Dentre os benefícios do emprego da técnica foram expostos, especialmente, os seguintes:

Após ter sido informado(a) acerca da alternativa terapêutica, diante das explicações e esclarecimentos da equipe médica acerca da proposta de sua aplicação, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s): **CIRURGIA BARIÁTRICA**, denominado Gastroplastia à Fobi- Capella (Bypass gástrico) ou Sleeve por via laparotômica e/ou laparoscópica. Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita.

1) Que lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do aludido procedimento cirúrgico;

2) Que foi esclarecido de que poderia continuar com o tratamento clínico e que este associado a medidas de mudança de hábito alimentar, aumento da frequência de atividade física e psicoterapia é uma alternativa ao tratamento cirúrgico, declarando ainda já haver adotado estas medidas no mínimo nos últimos 2 (dois) anos sem sucesso;

3) Que foi informado que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente, risco este estimado em cerca de 2% (dois por cento);

4) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à presente cirurgia está também sujeito a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico,

infecções (abscessos de parede ou intracavitários, peritonites), seromas, infecção urinária, anemia, hérnia na incisão cirúrgica, trombose venosa e embolia pulmonar, hematomas, parada cardio-respiratória, dentre outras;

5) Que foi também esclarecido(a) acerca de outras intercorrências e seqüelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como acúmulo de líquidos, sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; aparecimento de manchas hipo ou hipercrônicas e inchaço na região operada; necrose da pele por redução da irrigação sanguínea; alterações da sensibilidade na região operada; paralisias em graus diversos, provocadas por lesões de ramos nervosos; cicatrizes hipertróficas ou queiloideanas;

6) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico;

7) Que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

8) Que em virtude do acima exposto poderá ser imperativa a utilização de monitorização e suporte evasivos, sobre a qual já foi o paciente suficientemente esclarecido(a);

9) Que poderá ser necessária internação em Unidade de Terapia Intensiva, por períodos variáveis, de acordo com a necessidade do paciente;

10) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais. Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou veicular doenças;

11) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

12) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

13) Que, nos casos acima referidos eventualmente poderá ser necessária nova(s) intervenção(ões) cirúrgica(as);

14) Que no caso de cirurgias reparatórias poderão ser necessários vários tempos cirúrgicos para a obtenção do êxito terapêutico;

15) Que não deverá ingerir alimentos ou líquidos, inclusive água, durante as últimas 08:00h (oito horas) que precederem ao horário previsto para o ato cirúrgico;

16) Que deverá informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando, posto que tais substâncias possam produzir interações deletérias com os anestésicos ou trazer complicações operatórias e pós-operatórias;

17) Que foi informado de que a cirurgia irá seccionar e separar seu estômago em duas partes, com a maior delas sendo isolada da passagem dos alimentos, porém mantida em sua posição, preservando sua produção de secreções digestivas, e a menor reduzida para menos de 5% do volume total prévio. A porção reduzida, por onde passará o alimento, será desviada para o intestino, podendo ainda a passagem estreitada por anel de silicone. Tal modificação poderá ocasionar úlcera péptica ou estreitamento acentuado da passagem, exigindo tratamento medicamentoso, dilatação por endoscopia ou mesmo reoperação;

18) Que foi esclarecido que a cirurgia tem por objetivo reduzir o volume ingerido de alimentos e também reduzir a digestão e absorção dos alimentos no intestino. Esses efeitos

não são garantia de perda de peso, exigindo o tratamento, mudança em seus hábitos de vida, em relação a alimentação, atividade física e psicoterapia;

19) Que foi informado que em relação a alimentação é necessário ingerir pequenas refeições, evitar alimentos muito calóricos, mastigar bem os alimentos, sendo necessário o acompanhamento regular com médico Endocrinologista. A ingestão freqüente de doces, alimentos hipercalóricos e bebidas alcoólicas comprometem a perda de peso e, no caso de bebidas alcoólicas, existe risco de desenvolver alcoolismo. A cirurgia pode ocasionar deficiências alimentares e doenças carências como hipovitaminoses e queda de cabelos, necessitando controle e podendo exigir reposição de nutrientes, vitaminas e minerais por toda a vida;

20) Que foi informado que em relação à psicoterapia, é necessário acompanhamento regular com médico Psiquiatra ou com Psicólogo. Há risco de doenças como depressão e outras que necessitam acompanhamento;

21) Que foi informado que em relação a atividade física é necessária a prática regular de exercícios físicos como caminhada, ginástica ou hidroginástica, exceto para pessoas que tenham limitação física, o que deverá ser avaliado por médico Ortopedista, por Fisioterapeuta ou por profissional de Educação Física;

22) Que foi informado em relação a cirurgia que é necessário acompanhamento regular com o médico cirurgião para controle de emagrecimento e de eventuais complicações cirúrgicas;

23) Que foi informado que o emagrecimento acentuado ocasiona flacidez da pele em várias regiões do corpo, notadamente no abdômen, coxas, braços e mamas, podendo exigir cirurgias reparadoras em vários tempos cirúrgicos, o que deverá ser avaliado e realizado por Cirurgião Plástico;

24) Que foi informado que, no caso de mulheres em idade fértil, há necessidade de utilização de método anticoncepcional no primeiro ano após a cirurgia, pois se ocorrer gravidez nesse período, existe risco nutricional para o feto em virtude de se tratar de período de emagrecimento rápido para a mãe;

25) Que foi informado que a cirurgia não irá curar a Obesidade, mas sim auxiliar no seu controle e, portanto, as medidas de tratamento irão se estender por toda a vida;

26) Que foi informado que as informações e dados sobre o tratamento poderão ser utilizados em trabalhos científicos, preservando-se, entretanto, a privacidade e identidade do paciente;

27) Que com tais explicações e esclarecimentos está plenamente satisfeito(a), tendo compreendido e aceitado se submeter ao tratamento médico-cirúrgico proposto;

28) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique sua decisão ao médico e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive

registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológico; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiológico] ou [emitido pelo médico anestesiológico e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

6. Para a realização do Procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do Paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que fiquem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

7. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle algico.

8. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Socor.

9. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável (\*)

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico  
responsável pelo  
Termo de Consentimento