

CONSENTIMENTO INFORMADO LAPAROTOMIA

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: _____ Órgão expedidor _____,

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

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): **LAPAROTOMIA** (Que consiste na abertura da barriga).

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:

Definição: A laparotomia é a operação que envolve a abertura da cavidade abdominal, para que o cirurgião possa avaliar os órgãos internos, identificar e tratar as doenças agudas destes. O procedimento pode ser realizado por via aberta, ou

ainda por via laparoscópica, a depender da indicação do cirurgião e da doença a ser tratada.

As principais indicações são para a perfuração de vísceras ocas (estômago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso), obstrução intestinal por diversas causas (por exemplo, tumores e aderências intestinais), inflamações dos órgãos abdominais também por causas diversas (por exemplo: diverticulite aguda ou apendicite aguda com derrame de secreção purulenta em toda a cavidade, inflamações intestinais de origem infecciosa, etc.) ou por alterações vasculares que podem levar a necrose e perfuração do intestino. A operação permite, então, que o cirurgião visualize diretamente os órgãos, e, assim, identifique as alterações que necessitam ser abordadas. No mesmo procedimento, também pode ser realizado o tratamento definitivo, que é específico para cada caso. Ocasionalmente, são necessárias ressecções de porções do intestino e, nesses casos, há a possibilidade de se realizar uma ostomia intestinal (a “bolsinha” para evacuação). Outras intervenções podem ser necessárias e variam conforme o problema identificado.

A laparotomia exploradora pode ser realizada ainda para realizar biopsias dentro da cavidade abdominal ou ainda apenas fazer diagnóstico mais acurado de uma causa pra patologia abdominal a esclarecer.

Após o término do procedimento, o cirurgião faz o fechamento da parede abdominal, em camadas separadas.

Indicação: Investigação diagnóstica da ascite de etiologia indeterminada, investigação diagnóstica de peritonite, alívio da dor abdominal e desconforto causado por ascite tensa, alívio da dispneia causada pela elevação do diafragma em pacientes com ascite tensa e investigação diagnóstica de possível hemorragia intra-abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado.

Complicações: Infecções com possibilidade de evolução febril; hemorragias com a possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); hematoma pós-operatório, isto é, acúmulo de sangue no local cirúrgico, devendo ser feita uma drenagem cirúrgica; lesões de bexiga, uretra ou ureteres; lesões intestinais, sendo necessário cirurgião especializado; fístulas; deiscência (abertura dos pontos) da ferida com perda dos pontos dados, sendo necessário, eventualmente, nova anestesia para refazimento dos pontos que abriram; trombose venosa dos membros inferiores e embolia pulmonar; dores devido à

posição cirúrgica; quelóides (cicatriz espessa e dolorida) e retração cicatricial; vagina curta com dificuldade para ter relação sexual. Fui informado (a), ainda, que, em longo prazo, podem ocorrer hérnias pós laparotômicas (abdominais). Se, durante o procedimento, o médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Estou ciente dos seguintes riscos associados:

- Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere a apresentação mais grave da alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100000.
- Flebite, termo que se refere à inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Complicações imediatas: sangramento retal; dor no local da biópsia; hematúria (termo que se refere ao sangramento na urina); Reações vaso vagais (termo que se refere à queda de pressão arterial, tontura, vertigens).
- Complicações Tardias: febre; hematospermia (termo que se refere à presença de sangue no esperma, nos dias que seguem a biópsia); hematúria persistente; infecção; prostatite aguda; urosepsis (termo que se refere à infecção sistêmica de foco urinário).
- Complicações graves são muito raras, mas podem levar à hospitalização prolongada, necessidade de repetição do processo, intervenção cirúrgica ou muito raramente levar ao óbito.

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 anesthesiologista; 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 anesthesiologista] ou [emitido pelo médico anesthesiologista 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