

## **CONSENTIMENTO INFORMADO GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**

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 nº: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**.

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME/TRATAMENTO:** A gastrostomia endoscópica percutânea é um procedimento que tem como objetivo a introdução de alimentos (dieta enteral) diretamente no estômago, por meio de uma sonda. Ela é indicada para pacientes que têm uma nutrição insuficiente com a alimentação por via oral, seja por obstruções que impeçam a passagem do alimento, por dificuldade de deglutição ou por outras condições. Esse procedimento é feito sob sedação realizada por um médico anestesiológico, utilizando medicação administrada por uma veia para permitir que o paciente relaxe, adormeça e tenha um procedimento bastante confortável e seguro. É realizada também uma anestesia local na região do abdome em que será feita a abertura para a passagem da sonda. A gastrostomia endoscópica percutânea é feita por endoscopia, com a introdução de um aparelho flexível pela boca e consiste na colocação de uma sonda no estômago, através da criação de um caminho entre o estômago e a parede abdominal.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÃO:** A gastrostomia endoscópica é igual a qualquer outro tratamento cirúrgico realizado sobre um órgão interno e, portanto, com riscos de complicações e de insucesso. Dentre as possíveis complicações estão: infecção, sangramento, retirada acidental da sonda, extravasamento de secreção ao redor da sonda, úlceras no estômago, perfuração intestinal e fístulas. Além disso, outras possíveis complicações são: depressão respiratória (apneia), arritmias cardíacas, reações alérgicas e/ou anafiláticas, aspiração de secreções, relacionadas à sedação. A maioria das complicações relacionadas à gastrostomia são complicações menores, tratadas com cuidados locais e medicamentos, mas por vezes é necessária internação hospitalar e tratamento cirúrgico. Risco de 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 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