

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
DN: ____/____/____ Prontuário: _____ Atend: _____
Médico: _____

ETIQUETA

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro estar ciente de que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes a intervenção cirúrgica, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas.

Sobre a Técnica de Sleeve (gastroplastia vertical): Técnica cirúrgica que consiste na retirada de 70 a 80% do estômago, de forma longitudinal. Além do efeito restritivo pela redução do tamanho do estômago, é retirada justamente a parte do órgão onde é produzido o hormônio grelina (responsável pela sensação de fome quando o estômago se esvazia).

Declaro que recebi informação que gastrectomia vertical é indicada para pacientes com IMC superior a 40 kg/m²; com IMC de 35 kg/m² e que apresentem doenças do coração, respiratórias ou diabetes descompensada; muito jovens ou com idade superior a 65 anos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já reconheceu que o procedimento também é indicado para o tratamento de diabetes tipo2 não controlado em pacientes com IMC a partir de 30 kg/m², e é indicada caso haja qualquer contraindicação para a realização da gastroplastia em Y de Roux, que apresenta efeitos mais poderosos sobre o diabetes quando comparada com a gastrectomia vertical.

Recebi informação que poderão ocorrer infecções no pós-operatório por diversas causas decorrentes ou não da intervenção cirúrgica. Ainda poderão ocorrer outras complicações físicas e orgânicas como: refluxo gastresofágico sintomático no pré-operatório pode ter sintomas agravados no pós-operatório, sangramento, infecção secundária à fistula (extravasamento do conteúdo do estômago para a cavidade abdominal). Também poderão ocorrer complicações emocionais e comportamentais, como: depressão, ansiedade, anorexia e bulimia.

Recebi informação que a técnica cirúrgica apresenta vantagens e desvantagens. Dentre elas, as vantagens são: restrição do volume de armazenamento de alimento no estômago; rápida e significativa perda de peso; internação hospitalar de curto período; e mudanças favoráveis nos hormônios intestinais que suprimem a fome, reduzem o apetite e melhoram a saciedade. Com relação as desvantagens, destacam-se: o procedimento é irreversível; gera risco potencial para deficiências de vitaminas a longo prazo; e possui taxa de complicações precoces quando comparada aos demais tipos de cirurgia bariátricas.

Recebi informação que a obesidade mórbida é uma doença crônica e, portanto, o tratamento ao qual serei submetido necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar permanente, seja

com a equipe do meu médico ou de outro serviço de saúde. A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

Estou ciente que embora sejam realizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências poderão ocorrer e não está livre de riscos e garante os resultados. Os riscos do procedimento cirúrgico foram devidamente esclarecidos pela equipe médica, inclusive durante as consultas que antecederam a internação e assinatura do presente documento, respeitando assim a minha autonomia.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar; tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Recebi informações que para realizar uma intervenção cirúrgica é necessária a aplicação de anestésicos, cujos métodos, técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade do médico anestesista.

Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização de gastrectomia vertical (sleeve gastrectomy). Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

PORTANDO EXISTEM RISCOS E NÃO EXISTEM GARANTIA DE RESULTADO.

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.

MITOS E VERDADES

Em um ano de pós-operatório, o paciente normalmente engorda. Mito: Na maioria dos

casos, o ganho de peso ocorre quando o paciente não assume hábitos saudáveis, como a adoção de dieta menos calórica e mais nutritiva e a prática de exercícios físicos regulares.

Perde-se mais peso nos primeiros seis meses. Verdade: A perda mais significativa de peso ocorre nos primeiros seis meses. Daí a importância de o paciente seguir com disciplina as recomendações médicas nessa primeira etapa do pós-operatório.

A mulher pode engravidar no pós-operatório. Verdade: A paciente é liberada para engravidar sem riscos após 15 meses de pós-operatório. Durante esse período, recomenda-se a anticoncepção. No entanto, os anticoncepcionais orais (pílulas) devem ser evitados.

Sempre é possível fazer a cirurgia videolaparoscópica. Verdade: Somente em situações especiais não é possível realizar esse tipo de cirurgia. É o caso, por exemplo, de pessoas submetidas a cirurgias abdominais prévias.

A depressão é uma consequência comum para quem faz a cirurgia. Mito: Não existe uma tendência. Se o paciente ficar deprimido, isso pode ocorrer devido a fatores desconhecidos, que devem ser investigados por psicólogo ou psiquiatra.

Há tendência à anemia no pós-operatório. Verdade: De fato, isso ocorre. Entre os pacientes, as mulheres têm maior tendência à anemia, por causa da menstruação, perda de ferro e pouca presença de carne vermelha na dieta. Essa situação pode ser minimizada com a ingestão de alimentos ricos em ferro, ou, se necessário, com a utilização de suplementos vitamínicos.

Depois da operação, é comum a intolerância a leite. Mito: Normalmente não há reações adversas ao consumo de leite e derivados. Esses alimentos são, inclusive, recomendados, sobretudo para as mulheres, como fontes de cálcio.

O apoio da família e à família é indispensável. Verdade: Deve-se prestar toda a assistência e orientação à família do paciente, oferecendo o máximo de informações solicitadas e, quando necessário, também consulta psicológica. Os novos hábitos a serem adotados pelo paciente devem ser compartilhados e estimulados por todos que convivem com ele.

A cirurgia causa problemas renais. Mito: Não foi observada tendência a problemas renais.

O paciente sente muitas dores no primeiro mês do pós-operatório. Mito: Normalmente, as dores se manifestam somente no primeiro dia do pós-operatório. Isso acontece porque o abdômen precisa ser inflado com gás carbônico na cirurgia por videolaparoscopia, para possibilitar a melhor manipulação dos órgãos internos.

O paciente que sofre de gastrite pode ser operado. Verdade: Não há restrição cirúrgica para paciente com gastrite.

Depois da cirurgia bariátrica, o paciente deve fazer cirurgia plástica corretiva. Mito: Nem sempre é necessário fazer cirurgia plástica após o procedimento bariátrico. Cada caso deve ser avaliado criteriosamente pela equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento.

Durante a videolaparoscopia, há situações em que é preciso converter a cirurgia em procedimento aberto. Verdade: Algumas situações exigem que o cirurgião converta a

videolaparoscopia em procedimento aberto. Essa decisão é baseada em critérios de segurança e só pode ser tomada durante o ato operatório.

CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

A cirurgia bariátrica e metabólica – também conhecida como cirurgia da obesidade, ou, popularmente, redução de estômago – reúne técnicas com respaldo científico destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

O conceito metabólico foi incorporado há mais de seis anos pela importância que a cirurgia adquiriu no tratamento de doenças causadas, agravadas ou cujo tratamento/controlado é dificultado pelo excesso de peso ou facilitado pela perda de peso – como o diabetes e a hipertensão –, também chamadas de comorbidades.

Eu: _____

RG: _____ CPF: _____

Abaixo assino e declaro ser de minha livre e esclarecida vontade a realização da intervenção cirúrgica.

Assinatura

Assino estar ciente e concordo com a decisão tomada pelo meu familiar.

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura

Dr. Gabriel Correia Iannuzi – CRM-MG 52.289 – Membro do CBC, SBCBM e SOBRACIL

Dr. Marcelo Mendonça Rodrigues - CRM-MG 33137 – Membro do CBC, SBCBM e SOBRACIL

Data: ____ / ____ / ____

Itajubá - Minas Gerais