

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

ETIQUETA

TERMO DE CONSENTIMENTO

CIRURGIA DE BYPASS GÁSTRICO (GASTROPLASTIA COM DESVIO INTESTINAL EM “Y DE ROUX”). Esta cirurgia além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50ml, possui também o mecanismo funcional disabsortivo do tipo “dumping” (provoca mal-estar à ingesta 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 e com acesso limitado ao estômago e duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos. Passíveis de complicações como deiscência de sutura, e deficiência proteica e anemia.

VIAS DE ACESSO: Laparotomia ou Laparoscopia.

Declaro que fui informado pelo meu médico sobre alternativas de tratamento para controle da obesidade, incluindo a técnica cirúrgica.

Declaro ter sido informado e devidamente esclarecido sobre as contraindicações, riscos, inclusive de morte, complicações imediatas e tardias, possibilidades de reoperações, permanência no hospital por período superior ao programado e transfusão sanguínea.

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.

Declaro que fui informado que poderá ocorrer infecção no pós-operatório por várias causas, decorrente ou não da intervenção cirúrgica.

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 queiloide. Isso independe da habilidade do cirurgião, depende sim das minhas características pessoais.

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

seja com a equipe do meu 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.

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, 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.

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 e recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica e multiprofissional, 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 Bypass Gástrico (Gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux). Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar. Foi informado também que durante o procedimento cirúrgico, poderá haver necessidade de mudança da técnica cirúrgica proposta inicialmente. Tal mudança pode ocorrer devido a diversos fatores tais como aderências intestinais, hérnias e outros, onde o cirurgião optará pelo procedimento mais apropriado e seguro.

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.

Declaro ter sido informado(a) que o sucesso dos objetivos cirúrgicos depende 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.

Declaro ter sido informado(a) que o acompanhamento pós-operatório será feito no Hospital de Clínicas de Itajubá.

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.

Cód.:BARI-5162

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: _____

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

Dr. Marcelo Mendonça Rodrigues - CRM-MG 33.137 – Membro do CBC, SBCBM e SOBRACIL

Data: ____ / ____ / ____

Itajubá - Minas Gerais

Cód.:BARI-5162