



## TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL

Eu \_\_\_\_\_, n° de identidade \_\_\_\_\_,

[ ] Paciente / [ ] Responsável (Grau de Parentesco \_\_\_\_\_), declaro que:

1°) fui informado(a) pelo **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira** de que as avaliações e os exames realizados revelaram que sou portador de **RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL** com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo;

2°) o procedimento do qual vou me submeter será a retirada cirúrgica do final do intestino grosso e linfonodos contíguos;

3°) estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que durante o procedimento, em algumas ocasiões especiais, pode existir a necessidade de conversão para a cirurgia aberta, bem como, se a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes;

4°) declaro compreender a necessidade da realização do procedimento e mesmo com a cirurgia, podem ser necessárias outras medidas clínicas para obtenção de um melhor resultado, como a utilização diária de medicamentos, a correção do hábito alimentar, a perda de peso e a não utilização de álcool ou tabaco;

5°) estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, Infecção de parede abdominal, sangramento, dor, vazamento na anastomose, diarreia, escape de fezes líquida, lesão de órgãos adjacentes. Podem suceder náuseas, vômitos e mesmo diarreia no pós-operatório. Pode haver necessidade de reoperações;

6°) estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

7°) estou ciente dos riscos de complicações clínicas durante ou após a cirurgia, dentre elas, cardiológicas, vasculares e cerebrais, incluindo risco de infarto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Centro de Terapia Intensiva e até mesmo o óbito intra ou pós operatório;

8°) autorizo, desde que minha identidade seja preservada, a obtenção de fotos, vídeos e dados para fins científicos como congressos, publicações e exposições;

9°) esta autorização e consentimento é dada ao médico **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira**, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no procedimento, e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de realizar o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento;

10°) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento / procedimento acima descritos.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Dr. Mateus Martinelli de Oliveira**

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/PR 20886