



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CONCORDANDO COM A CIRURGIA BARIÁTRICA PARA PACIENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA

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(a) de obesidade mórbida, uma doença que causa inúmeras conseqüências como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares (como infarto e derrame cerebral), doenças ortopédicas (como degeneração de quadril e joelhos), apnéia do sono, câncer, etc;

2°) o procedimento do qual vou me submeter será a **CIRURGIA DA OBESIDADE OU BARIÁTRICA**, que visa emagrecer e dessa forma aliviar as doenças causadas pela obesidade diminuindo o risco de vida ao qual o obeso é sujeito. A Cirurgia Bariátrica não tem compromisso estético e consiste em não retirar do corpo a origem da obesidade, ou seja, “não cura a doença”, apenas modifica o trânsito intestinal visando diminuir a ingestão alimentar e a fome. Cabe ao paciente aproveitar esse momento para instituir mudanças de hábitos em sua vida como alimentação saudável e atividade física constante. A cirurgia é apenas “um facilitador” para adesão a um novo estilo de vida. Os resultados estão diretamente correlacionados ao grau de comprometimento do paciente;

3°) estou ciente que o procedimento será realizado por vídeo-laparoscopia (método menos invasivo que utiliza pequenos orifícios ao invés de incisão ou corte) na maioria dos casos, mas existem casos de variação anatômica e/ou dificuldade técnica em que o cirurgião pode necessitar converter a laparoscopia em laparotomia (cirurgia aberta ou corte), bem como, se a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, tais como fígado muito pesado e gravidez, impossibilitará a realização da Cirurgia Bariátrica;

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: fistula e embolia pulmonar, decorrente do fato que o paciente obeso ser uma pessoa mais fragilizada em todos os sentidos (cardiorespiratório, renal, cicatricial, nutricional, hemorrágico, infeccioso, etc) e por isso, mais sujeito a complicações que o indivíduo magro. Em caso de complicações pode ser necessário reoperação, transfusão de sangue, internação na UTI e qualquer outro recurso eventual. Raros pacientes podem apresentar uma cicatrização exagerada da costura do estômago, nesses casos realizamos a dilatação da costura por endoscopia e a rápida perda de peso pode apresentar pedras na vesícula biliar que deverá ser retirada. Alteração no metabolismo de algumas vitaminas e sais minerais como Vitamina B12/cálcio/Ferro;

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, trombose venosa, embolia pulmonar (coágulo de sangue no pulmão), infarto do miocárdio (coração), fistula (vazamento do conteúdo do estômago ou intestino para a cavidade do abdômen ou pele), infecção, sangramento, hérnia, distúrbios Nutricionais e Metabólicos, alterações psicológicas e até mesmo o óbito intra ou pós operatório;

8°) estou ciente que a Cirurgia Bariátrica para pacientes com obesidade mórbida não é indicada nos seguintes casos: hábito excessivo de comer doce, pacientes com depressão endógena, alcoólatras e usuários de drogas, pacientes que, devido à instabilidade emocional e/ou psicológica, venham a considerar impossível o acompanhamento e a obediência às instruções dietéticas pós-operatórias, crianças e adolescentes, exceto em situações médicas especiais e nas mulheres grávidas, pacientes com hérnia hiatal volumosa, varizes esofágicas, doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco, pacientes com doença cardíaco-pulmonar severa e descompensadora que influenciem a relação risco-benefício e pacientes que tenham tido ou suspeitado de alguma manifestação alérgica a algum dos componentes do sistema;

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