



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLECISTECTOMIA

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 **COLELITÍASE OU PÓLIPO DE VESÍCULA BILIAR** (com ou sem colecistite) 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 **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**, que é a remoção da vesícula biliar utilizando-se um tubo pequeno e fino, com uma câmera em sua extremidade, além de outros pequenos instrumentos.

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, tais como a possibilidade de cálculo residual em colédoco pode haver a necessidade de realização de colangiografia per ou pós-operatória com exploração das vias biliares, podendo haver necessidade do uso de sondas, drenos e cateteres durante e após a cirurgia.

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: embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida por cautério, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões em via biliar (0,3%), hérnia incisional umbilical, infecção da ferida operatória, coleperitônio, fistula biliar, icterícia, pancreatite aguda, colangite aguda, coledocolitíase, realização de ostomias (bolsas no abdômen para coletar fezes ou urina, temporárias ou definitivas), seqüelas estético-funcionais. Podem suceder náuseas, vômitos e mesmo diarréia 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

Confirmo 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