

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético, atendendo ao disposto no art. 34º do Código de Ética Médica (ED. 2019) e no art. 9º da Lei 8.078/90 de informar ao **Paciente e/ou seu Responsável** quanto aos principais aspectos relacionados a **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

PROCEDIMENTO

Consiste na técnica MINIMAMENTE INVASIVA através da chamada videolaparoscopia, na qual são realizadas pequenas incisões de 5 a 10 mm na região abdominal. **É RETIRADA DA VESÍCULA BILIAR INTEIRA COM OS CÁLCULOS EM SEU INTERIOR**, sendo utilizados cliques metálicos no processo.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E RISCOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Conversão para laparotomia, embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão por cauterio, lesão de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões em via biliar, hérnia incisional, infecção da ferida operatória, coleperitônio, fistula biliar, icterícia progressiva, pancreatite aguda, colangite aguda, coledocolitíase, podendo necessitar novas intervenções ou seja novas operações.

INFORMAÇÕES PERTINENTES

Em virtude de possíveis dificuldades técnicas ou para tratamento de complicações, como hemorragia, pode ser necessária a **CONVERSÃO DA OPERAÇÃO PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA**, podem ser necessários o uso de sondas e drenos, prolongamento do tempo de internação, uso de antibióticos e internação em UTI, inclusive óbito. Na “cirurgia da vesícula” existe a possibilidade de cálculo residual em colédoco em aproximadamente 5% dos casos e que pode levar a necessidade de exploração das vias biliares durante a cirurgia, e/ou a procedimentos extras, após a cirurgia.

Em caso de “vazamento” de bile pode ser necessária a sutura do local e uso de drenos, assim como procedimentos extras.

Pode ocorrer cicatriz hipertrófica e quelóide, sendo ocorrências que dependem exclusivamente de fatores relacionados ao paciente e SEU processo de cicatrização.

PECULIARIDADES DO PACIENTE

--

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF nº ____/____/____-____ () Paciente ()
Responsável (grau de parentesco): _____, autorizo a realização da
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. _____, CRM: _____ todas as
informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que
compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente,
meu médico e eu, que a **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** é a indicação neste momento para meu quadro
clínico.

Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização
de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar
novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou
possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações
médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos
resultados. Declaro ainda que me foi entregue e explicado, na consulta, um formulário contendo as principais orientações
a serem seguidas no período pós operatório.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo,
frente e verso.

Brasília _____ de _____ de _____ Assinatura _____

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA 1

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA 2

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL

Declaro ter explicado todo o procedimento de **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA VIDEOLAPAROSCÓPICA**
ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às
perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em
condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Brasília ____ de _____ de _____

Nome completo: _____