

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA de HIATO OU DIAFRAGMÁTICA

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 **CIRURGIA DE HÉRNIA de HIATO OU DIAFRAGMÁTICA**, para tratamento ou não de Doença do Refluxo Gastroesofágico, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

PROCEDIMENTO

Consiste na técnica MINIMAMENTE INVASIVA de tratamento da hérnia inguinal em que são realizadas incisões na região abdominal, para tratamento da hérnia localizada no hiato diafragmático ou diafragma. **PODE OU NÃO SER NECESSÁRIO O USO DE PRÓTESE (TELA)**, de acordo como tipo e tamanho da hérnia.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E RISCOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Necessidade de conversão para a cirurgia aberta (cirurgia de “corte”) **ADBOMINAL E EM TÓRAX**; Hemorragias. Formação de hérnia no local das incisões; Perfuração do estômago e esôfago e em virtude de aderências; Trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, podendo ser muito grave e levar até ao óbito; Possibilidade de abertura do tórax para conter sangramento, tratar infecções ou corrigir demais possíveis lesões. Dificuldade de engolir alimentos sólidos, que em geral dura poucas semanas, e que pode ser minimizada com mastigação adequada e dieta líquida. Esta dificuldade pode se estender por mais tempo e necessitar até de nova cirurgia para desfazer a “funduplicatura”; Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de remoção do mesmo (esplenectomia); Plenitude abdominal (inchaço e sensação de gases) após alimentação; Dificuldade de arrotar, bem como a diminuição do número de arrotos, podendo ser definitivo.

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 E/OU toracotomia, podem ser necessários o uso de sondas e drenos, prolongamento do tempo de internação, uso de antibióticos e internação em UTI, inclusive óbito. Pode ocorrer cicatriz hipertrófica e quelóide, sendo ocorrências que dependem exclusivamente de fatores relacionados ao paciente e **SEU** processo de cicatrização.

A TELA, POR SER UMA PRÓTESE E, PORTANTO, SE TRATAR DE CORPO ESTRANHO, OU SEJA, UM IMPLANTE DEFINITIVO, PODE DESENVOLVER INFECÇÃO EM QUALQUER MOMENTO DA VIDA, MUITAS VEZES DEVENDO SER RETIRADA EM CASO DE OCORRÊNCIA DA MESMA.

PECULIARIDADES DO PACIENTE

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF nº ____/____/____-____ () Paciente ()
Responsável (grau de parentesco): _____, autorizo a realização da
CIRURGIA DE HÉRNIA de HIATO OU DIAFRAGMÁTICA 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 **CIRURGIA DE HÉRNIA de HIATO OU DIAFRAGMÁTICA**, 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 _____

TESTESMUNHAS

TESTEMUNHA 1

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA 2

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL

Declaro ter explicado todo o procedimento de **CIRURGIA DE HÉRNIA de HIATO OU DIAFRAGMÁTICA**, para
tratamento ou não de Doença do Refluxo Gastroesofágico 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: _____