

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Fui devidamente informado(a) de que a laparotomia exploradora é um procedimento cirúrgico realizado por meio de incisão no abdome, com a finalidade de identificar, avaliar e tratar doenças ou lesões intra-abdominais. Esse procedimento pode ser indicado tanto em situações de emergência, como trauma abdominal, abdome agudo, sangramento interno, perfurações viscerais ou infecções graves, quanto em situações eletivas, quando os exames clínicos e de imagem disponíveis não são suficientes para estabelecer um diagnóstico definitivo ou definir a melhor conduta terapêutica.

A laparotomia exploradora tem como principais objetivos permitir a avaliação direta dos órgãos intra-abdominais, como estômago, intestinos, fígado, baço, pâncreas, rins, bexiga, útero e ovários; possibilitar o diagnóstico preciso de alterações não esclarecidas por métodos complementares; e viabilizar o tratamento cirúrgico imediato das lesões ou doenças identificadas durante o procedimento, como controle de sangramentos, correção de perfurações, ressecção de tumores, drenagem de abscessos e outras intervenções necessárias. Os benefícios esperados incluem o esclarecimento diagnóstico, a resolução ou controle da condição clínica e a redução do risco de agravamento do quadro de saúde.

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia, conforme avaliação anestésica. Será feita uma incisão abdominal cujo tamanho e localização dependerão da necessidade de exploração e dos achados intraoperatórios. Durante a cirurgia, poderão ser realizadas condutas terapêuticas adicionais, a critério da equipe médica, visando à segurança do(a) paciente e ao adequado tratamento das alterações encontradas. Poderá haver necessidade do uso de drenos e, em algumas situações, da confecção de ostomias, que podem ser temporárias ou definitivas, conforme indicação clínica.

Fui esclarecido(a) de que existem alternativas terapêuticas, como o acompanhamento clínico associado a exames complementares, indicado apenas em casos selecionados e que pode retardar o diagnóstico e o tratamento adequado; a videolaparoscopia, quando tecnicamente possível, por ser menos invasiva, embora nem sempre indicada em casos de instabilidade clínica, sangramento

intenso ou limitações técnicas; e a laparotomia exploradora, considerada a opção mais segura em situações de urgência, trauma abdominal ou diagnóstico incerto.

Fui informado(a) de que, como todo procedimento cirúrgico, a laparotomia exploradora envolve riscos, que podem ocorrer mesmo com a adoção de todas as medidas de segurança. Entre eles estão reações adversas à anestesia; dor, sangramento, hematomas e infecção da ferida operatória; infecções intra-abdominais, como peritonite e abscessos; lesões de órgãos internos, vasos sanguíneos ou estruturas adjacentes; formação de fístulas, aderências e hérnia incisional; necessidade de colostomia ou ileostomia temporária ou definitiva; complicações respiratórias ou tromboembólicas; necessidade de reintervenção cirúrgica; e, em casos raros, óbito, em decorrência de complicações graves.

Reconheço que tenho o direito de esclarecer todas as minhas dúvidas a qualquer momento com a equipe médica, solicitar segunda opinião profissional e, se assim desejar, recusar o procedimento, estando ciente das possíveis consequências dessa decisão para minha saúde e minha vida.

Declaro que recebi todas as informações necessárias, de forma clara, adequada e compreensível, acerca do meu diagnóstico, da indicação da laparotomia exploradora, de seus benefícios, riscos e alternativas terapêuticas. Assim, autorizo e concordo em me submeter ao referido procedimento, permitindo que a equipe médica realize todas as condutas consideradas necessárias para minha segurança e tratamento, incluindo o uso de drenos, confecção de ostomias, escolha da técnica cirúrgica mais adequada (cirurgia aberta ou laparoscópica), eventual transferência para unidade de terapia intensiva e utilização de hemoderivados em situações de risco iminente à vida.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico