

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA  
E/OU TERAPÊUTICA**

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

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

*Preencher se paciente for menor ou incapaz.*

Fui devidamente informado(a) de que a videolaparoscopia é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva realizada por meio de pequenas incisões na parede abdominal, pelas quais são introduzidos uma câmera e instrumentos cirúrgicos específicos. Esse procedimento pode ter finalidade diagnóstica, quando visa investigar doenças intra-abdominais ou pélvicas, ou terapêutica, quando utilizado para o tratamento de diversas condições, como apendicite, colelitíase, endometriose, cistos ovarianos, tumores, aderências, entre outras patologias.

O procedimento foi indicado com o objetivo de permitir a adequada visualização da cavidade abdominal e/ou pélvica, possibilitando o esclarecimento diagnóstico e, quando indicado, o tratamento cirúrgico das alterações encontradas. A videolaparoscopia busca oferecer abordagem menos invasiva, com potencial redução da dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e recuperação funcional mais rápida quando comparada à cirurgia aberta convencional.

A cirurgia será realizada sob anestesia geral. Inicialmente, será introduzido gás carbônico (CO<sub>2</sub>) na cavidade abdominal para promover sua distensão, permitindo melhor visualização dos órgãos. Em seguida, serão realizados pequenos cortes para a introdução dos trocârteres, da câmera e dos instrumentos cirúrgicos. Caso, durante o ato operatório, seja identificado que a técnica laparoscópica não oferece segurança ou condições adequadas para a continuidade do procedimento, poderá ser necessária a conversão para cirurgia aberta (laparotomia), decisão que será tomada visando exclusivamente a segurança do paciente.

Fui informado(a) de que existem alternativas ao procedimento proposto, como o acompanhamento clínico associado a exames complementares, que pode ser indicado em situações específicas, mas que pode retardar o diagnóstico ou o tratamento definitivo. Também fui esclarecido(a) sobre a possibilidade de realização direta de laparotomia, cirurgia aberta que, embora eficaz, está associada a maior agressão cirúrgica e tempo de recuperação mais prolongado.

Os benefícios da videolaparoscopia incluem a possibilidade de diagnóstico mais preciso das condições intra-abdominais ou pélvicas, o tratamento cirúrgico imediato das alterações identificadas, menor trauma cirúrgico, menor dor no pós-operatório, menor risco de infecção da ferida operatória, menor tempo de internação hospitalar e retorno mais rápido às atividades habituais, quando comparada às cirurgias abertas.

Fui devidamente informado(a) de que, como todo procedimento cirúrgico, a videolaparoscopia não está isenta de riscos. Podem ocorrer reações adversas relacionadas à anestesia, dor abdominal ou nos ombros (ombroalgia) decorrente do uso do gás, náuseas e vômitos no pós-operatório. Existe a possibilidade de sangramento, formação de hematomas, infecção da ferida operatória ou infecções intra-abdominais, como peritonite ou abscessos. Também podem ocorrer lesões acidentais de órgãos internos, como intestino, bexiga, ureteres, vasos sanguíneos, fígado, baço, útero ou ovários, além de eventos tromboembólicos, como trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. Em algumas situações, pode ser necessária a conversão para cirurgia aberta, a realização de nova cirurgia ou outros procedimentos adicionais. Fui esclarecido(a) ainda de que, embora raro, existe risco de óbito, geralmente associado a complicações graves.

Declaro estar ciente de que tenho o direito de esclarecer todas as minhas dúvidas, antes e durante o tratamento, junto à equipe médica. Sei que posso solicitar segunda opinião médica e que tenho o direito de recusar o procedimento, estando ciente dos possíveis riscos e consequências dessa decisão para minha saúde.

Declaro que recebi todas as informações de forma clara, adequada e compreensível sobre meu diagnóstico, a indicação do procedimento proposto, seus benefícios, riscos e alternativas terapêuticas.

Assim, autorizo e concordo em me submeter à videolaparoscopia diagnóstica e/ou terapêutica, autorizando a equipe médica a realizar todas as condutas necessárias à minha segurança, incluindo a decisão da técnica cirúrgica (laparoscopia ou cirurgia aberta), o uso de drenos, confecção de ostomias, transferência para unidade de terapia intensiva, bem como a utilização de hemoderivados, caso haja risco iminente à vida.

Guanhães/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico