

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Paciente: _____ Data de Nascimento: __/__/__

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Fui informado(a) de que serei submetido(a) ao procedimento de cirurgia bariátrica, indicado para o tratamento da obesidade e de doenças associadas, podendo envolver técnicas restritivas e/ou disabsortivas, conforme avaliação médica.

Fui esclarecido(a) de que os benefícios esperados do procedimento incluem perda significativa e sustentada de peso, melhora ou remissão de doenças associadas, como diabetes, hipertensão arterial, apneia do sono e dislipidemias, além de melhora da qualidade de vida e redução de riscos à saúde relacionados à obesidade. Estou ciente, contudo, de que os resultados podem variar conforme características individuais e adesão às orientações médicas.

Declaro que fui informado(a), de forma clara, sobre os riscos e possíveis complicações do procedimento, que incluem sangramentos, infecções, trombose, fístulas, vazamentos ou deiscência de suturas, complicações respiratórias ou cardíacas, náuseas, vômitos, intolerâncias alimentares, deficiências nutricionais com necessidade de suplementação contínua, possibilidade de reoperação, tempo de internação superior ao previsto e, em casos raros, risco de óbito. Fui também informado(a) de que podem ocorrer intercorrências imprevisíveis relacionadas às minhas condições clínicas.

Estou ciente de que o procedimento será realizado sob anestesia, cuja avaliação, escolha da técnica e condução são de responsabilidade do(a) médico(a) anestesiológico(a). Fui informado(a) sobre os riscos anestésicos, incluindo possíveis reações adversas e complicações, podendo, em situações excepcionais, haver necessidade de suspensão da cirurgia por segurança.

Autorizo, desde já, caso necessário, a realização de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, estando ciente dos riscos envolvidos, ainda que raros.

Declaro que fui informado(a) sobre alternativas de tratamento, inclusive não cirúrgicas, e que estou ciente de que o tratamento não implica necessariamente em cura, podendo haver necessidade de alteração da conduta médica inicialmente proposta. Autorizo, desde já, o(a) médico(a) a adotar as medidas necessárias diante de intercorrências, incluindo eventual mudança

da técnica cirúrgica, realização do procedimento em etapas ou outras condutas que se fizerem necessárias durante o ato cirúrgico.

Declaro que recebi todas as orientações referentes aos cuidados pré e pós-operatórios, comprometendo-me a segui-las rigorosamente, bem como manter acompanhamento contínuo com equipe multidisciplinar. Estou ciente de que poderão ocorrer infecções no período pós-operatório, bem como de que toda intervenção cirúrgica resulta em cicatriz, podendo ocorrer formação de quelóide ou cicatriz hipertrófica, características que independem da atuação do médico.

Reconheço que a atividade médica constitui obrigação de meio, e não de resultado, não sendo possível garantir resultado específico, ainda que o profissional empregue todos os recursos técnicos disponíveis.

Diante de todas as informações prestadas, declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, obtive respostas satisfatórias, compreendi os benefícios, riscos e alternativas do procedimento, e, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a realização da cirurgia bariátrica proposta, bem como todos os procedimentos necessários ao meu cuidado, inclusive em situações de urgência para preservação da minha vida.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico