

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

1. Eu acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente acima, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico acima identificado e demais profissionais médicos vinculados ao seu atendimento, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) para COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO:

2. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico acima identificado, tendo sido orientado(a) quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

3. Estou ciente de que o objetivo do tratamento ao qual me submeterei é criar a sensação de saciedade precoce com a presença do balão intragástrico, de maneira que possa fazer a dieta proposta com maior facilidade. Para qualificar-me para o ato médico, devo pesar inicialmente mais de 45kg acima do meu peso ideal, ou ter um Índice de Massa Corporal (IMC) de 40 ou mais (IMC significa meu peso em quilos dividido por minha estatura em metros elevada ao quadrado) e não ter condições clínicas para ser submetido(a) à cirurgia ou não aceitar a indicação cirúrgica; ou ainda, ter um IMC menor que 35 e ser refratário(a) a tratamentos clínicos prévios para emagrecimento ou doenças associadas ao excesso de peso ou causadas pelas medicações utilizadas no tratamento clínico.

4. Compreendo que é possível que eu emagreça consideravelmente com a utilização do balão intragástrico, e que a perda de peso poderá melhorar minha saúde em geral, qualidade de vida e prolongar minha expectativa de vida.

5. Fui esclarecido que o balão intragástrico é um método alternativo ao uso de drogas e que não exige afastamento prolongado das atividades normais de trabalho e físicas, que pode ainda ser interrompido a qualquer momento e ser repetido, se houver necessidade, sem restrições.

6. Fui informado que existem várias alternativas ao balão intragástrico para o tratamento da obesidade severa. As cirurgias para obesidade mórbida podem ser restritivas, disabsortivas e mistas. As restritivas só impedem que o paciente coma em grande quantidade (bandagem gástrica ajustável). As disabsortivas fazem com que o paciente, após comer, não absorva os alimentos (derivação biliar/pancreática e desvio duodenal). As técnicas mistas (bypass gástrico ou cirurgia de Fobi/Capella) associam a restrição alimentar a um pouco de disabsorção, ou seja, um desvio intestinal menor. Fui

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

esclarecido que a cirurgia mais utilizada no mundo, em números absolutos, é a de Fobi/Capella. Além do tratamento cirúrgico, estou ciente que existe o tratamento clínico através de drogas e dietas.

7. Compreendo também que o êxito na perda de peso não depende unicamente do método. Estou ciente que devo ser acompanhado(a) durante o tratamento por nutricionista, psicóloga e/ou psiquiatra e clínico. Devo regressar ao consultório médico de acordo com cronograma estipulado pelos profissionais que farão meu acompanhamento e finalizarei o tratamento seis meses após o procedimento.

8. Estou ciente que é fundamental seguir a orientação nutricional e o suporte psicológico associado a exercícios físicos, para um bom resultado do tratamento proposto e que, apesar da minha colaboração e empenho dos profissionais que estão me atendendo, existe a possibilidade de não haver a perda de peso planejada anteriormente ao início do meu tratamento. O resultado final depende, também, da reação individual de cada organismo, o que é imprevisível.

9. Fui esclarecido que o balão intragástrico é uma prótese esférica de silicone, a qual em seu estado inicial encontra-se presa em um fino invólucro de silicone, assumindo formato cilíndrico de aproximadamente 45fr de diâmetro e 10 centímetros de comprimento. Em sua extremidade proximal há uma válvula conectada a uma sonda tubular de silicone de 16fr e 50 centímetros de comprimento, pela qual será realizada a insuflação do balão que tem sua capacidade entre 400 e 600 mililitros.

10. Fui esclarecido que antes de iniciar meu tratamento serei submetido(a) a uma avaliação psicológica, nutricional e endocrinológica. Realizarei exames de sangue, ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta, a qual avaliará as condições anatômicas do meu estômago. Uma biópsia gástrica será realizada para constatar a presença ou não do *Helicobacter pylori*. Se este estiver presente serei submetido(a) ao respectivo tratamento antes do procedimento.

11. Compreendo que devo fazer jejum de 12 horas antes da colocação do balão e que devo informar a equipe se cumpri corretamente essa obrigação, sob pena de suspensão da cirurgia.

12. Estou ciente de que, durante o meu tratamento, não poderei ingerir a mesma quantidade de alimentos que posso ingerir agora, deverei seguir todas as orientações dietéticas a mim impostas e terei que efetuar diversas visitas de seguimento ao meu médico e profissionais de sua equipe, segundo estipulado previamente ao tratamento. A realização de esforços físicos após a alta hospitalar depende de expressa autorização médica.

13. Fui esclarecido que a retirada do balão intragástrico somente pode ser realizada sob sedação profunda, realizado por médico anestesiológico, e devidamente monitorada, e que, para a retirada, o balão deve ser totalmente esvaziado.

14. Fui informado que todo procedimento cirúrgico representa risco de ÓBITO / MORTE, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento cirúrgico pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato cirúrgico. Há risco, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse. Estou ciente que o ato médico em questão se trata de obrigação de meio, isto é, não possui garantia de obtenção do resultado esperado ou desejado.

15. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessário emprego de sedação profunda ou anestesia geral superficial, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

16. Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia (que são mais intensos se o paciente é consideravelmente obeso), náusea, vômitos e dor abdominal, infecção, entre outros mais raros e complexos. Ainda que menos provável, pode haver complicação resultante da presença de um objeto estranho ao corpo. Além daquelas complicações acima descritas, tenho ciência que poderão ocorrer complicações resultantes da presença do balão intragástrico, como desinsuflação do balão e sua expulsão pela via natural (1% a 8%); meteorismo – acúmulo de gases no estômago (8%) ; náuseas e dor persistente (por mais de duas semanas após o posicionamento) (3%); úlcera de decúbito (1%) e úlcera péptica (1%).

17. Comprometo-me a comunicar imediatamente ao meu médico se detectar a presença da coloração azul na urina ou nas fezes, para que seja retirado o balão, tendo ciência de que esta mudança de coloração é decorrente da presença de azul de metileno misturado à solução salina (soro fisiológico) usada na insuflação.

18. Caso seja necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

19. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, dor, tontura, sangramento, ruptura de pontos, dentre outros.

20. Estou ciente que após a alta hospitalar devo evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para isso por parte do meu médico assistente, ciente que a não observância disso poderá acarretar agravo de saúde ou comprometimento do resultado do tratamento.

21. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive necessidade de complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, conforme os recursos da medicina disponíveis no local em que se realiza o atendimento.

22. Declaro que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, pelo que AUTORIZO a realização de PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO e assumo conscientemente os riscos inerentes deste procedimento.

Lajeado ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
 Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura