

|   |   |          |
|---|---|----------|
|  | FORMULÁRIO  | FO – JUR |
|   | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>PARA REALIZAÇÃO DE GASTROPLASTIA<br/>PARA OBESIDADE</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born                    |   |          |

| IDENTIFICAÇÃO                             |
|---|
| <b>NOME DO PACIENTE:</b>                  |
| <b>DATA DE NASCIMENTO:</b>                |
| <b>CPF OU RG:</b>                         |
| <b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>           |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b> |
| <b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>          |
| <b>NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO:</b>          |
| <b>CRM DO MÉDICO:</b>                     |

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o procedimento cirúrgico invasivo de GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE, ou também conhecido como CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA, e todos os demais atos que o incluem, inclusive, anestesia.
2. Esse procedimento cirúrgico me foi explicado previamente de forma clara pelo médico e equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude.
3. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.
4. Estou ciente que esta cirurgia visa à perda de peso do paciente, favorecendo a melhora de patologias associadas à obesidade, principalmente, diabetes e hipertensão arterial.
5. Estou ciente que a perda de peso esperada, um ano após a cirurgia, é de até 1/3 ou 1/2 do peso extra do paciente. Após a cirurgia, a cooperação do paciente é fundamental, exigindo mudança no seu estilo de vida e hábitos alimentares, pois sem isso os resultados podem não acontecer, gerando frustração no paciente.
6. Estou ciente que esta cirurgia pode ser feita por vídeo-laparoscopia ou aberta (com corte), cabendo ao cirurgião a decisão técnica quanto a escolha de um ou outro método.
7. Estou ciente que as complicações mais comuns de ocorrer nesta cirurgia, porém, não limitadas somente a estas, são: 1. *Derrames pleurais (acumulação de líquido nas cavidades pleurais).* 2. *Arritmias cardíacas.* 3. *Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral, grave, podendo levar a óbito.* 4. *Hemorragias.* 5. *Fistulas (quando nos locais das suturas ocorre vazamento) que provocam infecções e são relativamente frequentes e graves, podendo exigir a realização de novas cirurgias.* 6. *Trombose venosa profunda.* 7. *Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia.* 8. *Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço) o que aumenta o risco de infecção no pós-operatório.* 9. *Formação de cálculos (pedras) em vesícula biliar.* 10. *Infecções dos rins e vias urinárias.* 11. *Alterações no paladar e nas preferências alimentares, bem como intolerância por certos alimentos.* 12. *Estenoses (estreitamento) nos locais das anastomoses (suturas) exigindo dilatações por instrumentos ou*

|  |   |          |
|--|---|----------|
| <br>HOSPITAL<br><b>Bruno Born</b><br>Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO  | FO – JUR |
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>         PARA REALIZAÇÃO DE GASTROPLASTIA<br/>         PARA OBESIDADE</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born   |   |          |

*endoscopias. 13. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira) 14. Sangramento com necessidade de transfusão. 15. Infecção, inclusive, grave e generalizada (sepse). 16. Outros agravos de saúde, conforme previsto na literatura médica.*

8. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção do resultado esperado ou desejado. Foi esclarecido que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de MORTE / ÓBITO do paciente, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

9. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

10. Estou ciente de que, para realizar o procedimento em questão, será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

11. Estou ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente:

**a)** *Nos casos de Anestesia Regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.*

**b)** *Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.*

**c)** *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

12. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

13. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

|   |   |          |
|---|---|----------|
|  | FORMULÁRIO  | FO – JUR |
|   | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>PARA REALIZAÇÃO DE GASTROPLASTIA<br/>PARA OBESIDADE</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born                    |   |          |

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

15. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.

16. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde.

17. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente.

18. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

19. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

20. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

21. Estou ciente que poderá ser necessária a realização de procedimento cirúrgico estético posterior para obtenção de melhores resultados estéticos.

Certifico 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, AUTORIZANDO a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste.

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

|   |   |          |
|---|---|----------|
| <br>Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO  | FO – JUR |
|   | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO<br/>PARA REALIZAÇÃO DE GASTROPLASTIA<br/>PARA OBESIDADE</b> |          |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born  |   |          |

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

\_\_\_\_\_  
Médico(a) – Assinatura

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| <br>Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO                             | <b>FO – UCIH</b> |
|   | <b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b> |                  |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born  |  |                  |

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

| IDENTIFICAÇÃO  |                    |            |
|--|--------------------|------------|
| <b>NOME DO PACIENTE:</b>   |                    |            |
| <b>DATA DE NASCIMENTO:</b>   |                    |            |
| <b>Peso (kg):</b>  |                    |            |
| <b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b><br>Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia. |                    |            |
| ANTIBIÓTICO EV   | DOSE               | OUTRA DOSE |
| CEFAZOLINA<br>(30-60min antes)   | 2g ( )    3g ( )   |            |
| CEFOXITINA<br>(30-60min antes)   | 2g ( )    3g ( )   |            |
| CEFUROXIMA<br>(30-60min antes)   | 1.5g ( )           |            |
| GENTAMICINA (5mg/kg)<br>(60-120 min antes)   |                    |            |
| METRONIDAZOL<br>(30-60min antes)   | 500mg ( )          |            |
| CLINDAMICINA<br>(Alérgicos a BetaLactâmicos)<br>(60-120 min antes)   | 900 mg ( )         |            |
| VANCOMICINA<br>(60-120 min antes)  | 1g ( )    1.5g ( ) |            |
| OUTROS:  |                    |            |

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**