

## TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético, atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_,

quanto aos principais aspectos relacionados a **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do CHSF, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

## PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** técnica minimamente invasiva através da chamada videolaparoscopia, na qual são realizadas pequenas incisões de 5 a 10 mm na região abdominal.

2) **Complicações e Riscos:** embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida por cautério, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões em via biliar, hérnia incisional umbilical, infecção da ferida operatória, coleperitônio, fistula biliar, icterícia progressiva, pancreatite aguda, colangite aguda, coledocolitíase.

3) **Informações Pertinentes:** na cirurgia das vias biliares existe a possibilidade de cálculo residual em colédoco em aproximadamente 5% dos casos e que pode haver a necessidade de realização de colangiografia intra-operatória com exploração das vias biliares.

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_,

autorizo a realização da **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_

todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

## TESTEMUNHAS

### 1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### 2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

## INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

### O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
  - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

### CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- 1) É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- 2) Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!
- 3) Para maiores informações e doações, entre em contato com o **HEMOMINAS** pelo número (31) 3768-4500 OU **PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**