

 <p>Código CHAS-TCLE.G.006 Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLEXO GASTRO-ESÔFAGO</p>	<p>COLAR ETIQUETA</p>
--	---	------------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente (ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLEXO GASTRO-ESÔFAGO”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A doença do Refluxo GASTRO-ESOFÁGICO acontece quando o ácido ou comida do estômago volta para o esôfago, garganta ou boca. A cirurgia pode ser feita por Videolaparoscopia ou pelo método aberto, (cirurgia com corte).

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- 1.Tempo de evolução da doença.
- 2.Intensidade dos sintomas.
- 3.Não resposta ao tratamento clínico.
- 4.Migração do estômago (parcial ou total) para o tórax, causando desconforto (falta de ar, taquicardia).
- 5.Presença de complicações da doença: inflamação severa do esôfago, com estenose ou alterações da mucosa do órgão (Esôfago de Barrett).

COMPLICAÇÕES:

- 1.Necessidade de conversão para cirurgia aberta (cirurgia com corte).
- 2.Formação de hérnia no local das incisões.
- 3.Perfuração do estômago ou esôfago.
- 4.Dificuldade para engolir alimentos, que em geral tem duração de poucas semanas, e que pode ser minimizada com mastigação adequada e deglutinação de pequenas quantidades de alimentos.
- 5.Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço).
- 6.Plenitude abdominal (inchaço no estômago) após alimentação, que tem duração de poucas semanas.
- 7.Dificuldade para arrotar, bem como a diminuição do nº de arrotos, o que é definitivo
- 8.Recidiva da doença, obrigando a realização de nova cirurgia.
- 9.Trombose venosa profunda.
- 10.Embolia pulmonar, em geral muito grave, podendo levar a óbito.
- 11.Infecções.
- 12.Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 13.Pneumotórax

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido,entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente: <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____: ____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas: 1)Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2)Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

PREENCHIDO PELO MÉDICO:

Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): _____
CRM: _____ **Assinatura e Carimbo**