

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Laparotomia

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s):

- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares do Hcor.
- Recomendando esta cirurgia seu médico pesou os riscos e benefícios deste procedimento em relação aos riscos e benefícios de não indicar este procedimento e ele acredita que há um benefício evidente para realizá-lo no seu caso.
- **Os principais riscos gerais deste procedimento são:**
- Podem ocorrer sangramentos e necessidade de retorno ao Centro Cirúrgico. Estes sangramentos são mais comuns em pessoas sob uso de medicamentos que alteram a coagulação.
- Pequenas áreas dos pulmões podem colapsar (atelectasias), aumentando o risco de infecção e necessidade de antibióticos e fisioterapia.
- Aumento do risco de infecção da ferida operatória, complicações cardíacas e pulmonares, além de trombose em pessoas obesas.
- Trombose venosa (coágulos nas veias) de membros inferiores, causando dor e inchaço nas pernas, podendo haver, com menor frequência, deslocamento de parte do coágulo para os pulmões causando embolia pulmonar.
- Óbito de acordo com a idade, gravidade do caso e condições clínicas do paciente.

Riscos e complicações específicas:

- Sangramento interno profundo levando à necessidade de reposição de soro, transfusão de sangue ou derivados ou mesmo reoperação, tornando sua internação mais prolongada no hospital.
- Danos a outros órgãos como bexiga, ureter e intestino que podem requerer nova intervenção cirúrgica causando maior tempo de recuperação e maior permanência hospitalar.
- Infecções com formação de pus no abdômen, requerendo drenagem cirúrgica e uso prolongado de antibióticos.
- Bloqueio intestinal pós operatório, podendo ser transitório ou de longo prazo. O tratamento pode requerer uso de sondas e interrupção da alimentação por via oral e uso de dieta por via venosa (parenteral). Se não houver resposta adequada pode ser necessário realizar uma colostomia.
- Aderências (faixas de tecido cicatricial) podem se formar e causar obstrução intestinal de curto a longo prazo.
- A ferida operatória pode não cicatrizar adequadamente podendo acontecer de ficarem grossas, vermelhas e doloridas (quelóides).
- A não cicatrização adequada da ferida cirúrgica pode também causar reabertura da ferida, sendo necessário curativos e antibióticos para cicatrização espontânea, além de haver possibilidade de surgir uma hérnia local.
- Formação de fistulas (comunicação entre estruturas internas) podem ocorrer raramente.
- A causa da dor e outros sintomas às vezes pode não ser encontrada, principalmente se a sua cirurgia for exploradora.

De acordo com o item VI desta política, a proposta da cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas dúvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos.

- Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exame que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessário esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens citados neste documento.**

Nome legível: _____

Identidade nº: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

De acordo com a política de direitos do paciente e familiares o Hcor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento cirúrgico e que o(a) paciente e/ou responsável, seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____