



**TERMO DE CONSENTIMENTO
APARELHO DIGESTIVO: COLECISTECTOMIA**

1. PACIENTE

NOME

Nº IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NOME

CPF

Nº IDENTIDADE

PROFISSÃO

3. MÉDICO

NOME

CRM

O (a) paciente identificado (a) no quadro 1 ou seu responsável legal identificado(a) no quadro 2, declara, pelo presente Termo de Consentimento Informado e Esclarecido para todos os fins legais, plena autorização ao(à) médico(a) assistente identificado no quadro 3 para proceder as investigações necessários ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico denominado “**COLECISTECTOMIA**” 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(a) referido(a) médico(a), atendendo o Código de Ética Médica 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 os que se seguem.

DEFINIÇÃO:

Consiste na retirada da vesícula biliar. A cirurgia pode ser feita por Videolaparoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte).

INDICAÇÕES DA CIRURGIA:

1. Inflamação crônica ou aguda da vesícula biliar
2. Cálculos em vesícula biliar
3. Pacientes que tiveram pancreatite (inflamação do pâncreas) biliar, causada pela migração das pedras para o colédoco (canal da bile).
4. Cálculos fora da vesícula no colédoco (canal da bile).

COMPLICAÇÕES:

- Necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula ou cálculos em colédoco;
 - Lesão do colédoco (canal da bile);
 - Infecções;
 - Lesão de outros órgãos, principalmente intestinos;
 - Hemorragias;
 - Trombose venosa profunda;
 - Embolia pulmonar em geral muito grave, podendo levar a óbito;
 - Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica grosseira);
 - Sangramentos com necessidade de transfusão;
 -
-

* Caso ocorra algumas das complicações, será prestada toda assistência médica para o paciente, sendo informado dos cuidados e tratamento.

Declara ainda o paciente e/ou seu responsável legal, ter lido as informações contidas no presente termo, a qual entendeu perfeitamente e as aceitou, compromissando-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (o 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 pode 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.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações, através de linguagem clara e acessível sobre os benefícios, mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Local e Data	
Assinatura do Paciente	
Ou Assinatura do Responsável	
Assinatura do Médico	