



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr.(a) _____, 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, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM /TO sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA”, 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. 22º e 34º 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: Consiste na retirada da vesícula biliar. A cirurgia pode ser feita por Videolaparoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte).

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

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

COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA:

- 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 quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.10.05.12-8

CID – K81.9

Declaro 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). Declaro, 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, declaro 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.

Palmas / TO _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____
RG/CPF: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____