



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Cirurgia de Obesidade Mórbida

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-
_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu
estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “CIRURGIA DA
OBESIDADE MÓRBIDA”, 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 nos arts. 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: esta cirurgia visa a perda de peso do paciente, favorecendo a melhora de
patologias associadas à obesidade principalmente diabetes e hipertensão arterial. As cirurgias
mais comuns, são: Redução simples do estômago (Gastroplastia Vertical – Sleeve).
Redução gástrica com pequeno estômago e desvio intestinal (Gastroplastia em Y de Roux -
Bypaas) Redução do estômago com derivação (desvio) biliar. (Gastrectomia vertical e desvio
intestinal – Duodenal Switch). Gastrectomia subtotal com derivação (desvio) biliar (Gastrectomia
horizontal com desvio intestinal – Scopinaro). Redução gástrica com bandagem (Banda Sueca
ajustável). Colocação de balões intragástricos e outros. Em geral, a cirurgia é bem-sucedida,
porém não há garantia de qualquer sucesso desta cirurgia. A perda de peso esperada, um ano
após a cirurgia, é de 1/3 ou 1/2 do peso extra do paciente. Após a cirurgia, a cooperação do
paciente é fundamental, exigindo mudança no seu estilo de vida e hábitos alimentares. A cirurgia
pode ser por vídeo-laparoscopia ou aberta (com corte).

Necessidades técnicas podem transformar o método videolaparoscópico em cirurgia pelo
método aberto (por corte). A decisão é do cirurgião que não é comprometido com o método e
sim com solução mais segura da patologia.

COMPLICAÇÕES:

1. Derrames pleurais (acumulação de líquido nas cavidades pleurais) comum em qualquer
cirurgia no alto abdômen.
2. Arritmias cardíacas
3. Pulmonares: Complicações que podem existir em todas as cirurgias de grande porte aqui
também podem se apresentar como, atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência
ventilatória.
4. Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória
5. Hemorragias que podem levar a reoperações.
6. Fístulas (quando nos locais das suturas ocorre vazamento) que provocam infecções são raras,
mas podem exigir reoperações.
7. Trombose venosa profunda, apesar dos cuidados trans e pós-operatórios, imediatas ou
tardias. Especialmente em obesos com vasculopatia venosa em membros inferiores.
8. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, especialmente em super
obesos, diabéticos, hipertensos, insuficientes renais, vasculopatas, pneumopatas e cardiopatas
têm risco maior de complicações severas durante ou após a cirurgia.
9. Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço).
- 10 – Maior formação de cálculos biliares especialmente em Duodenal Switch e Scopinaro.



11- Gases e fezes com maior odor especialmente em Duodenal Switch e Scopinaro.

Página - 2 - de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Cirurgia de Obesidade Mórbida

12- Alterações no paladar e nas preferências alimentares, bem como intolerância por certos alimentos.

13 - Dor nos ombros, temporária, na videocirurgia.

14. Enfisema subcutâneo, temporário, na videocirurgia.

15. Retenção urinária temporária, no PO imediato.

16. Hematomas, equimoses e sangramentos eventuais dos orifícios dos portais.

CBHPM – 3.10.02.21-8 ,CBHPM – 3.10.02.39.0 (Videolaparoscopia) CID – E66.9

Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são: Cirurgias limpas: até 4% Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10% Cirurgias contaminadas: até 17% Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

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 esclarecido 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. Médico Assistente

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

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

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____