

**Definição:** Técnica cirúrgica na qual é feito um grampeamento da parte superior do estômago e um desvio do intestino inicial (em forma de um Y). Esse procedimento visa a redução do volume do estômago, promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a sensação de fome.

Declaro que:

1. Recebi informação que a operação de Bypass gástrico é indicada para pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior que 40 kg/m<sup>2</sup>; ou com IMC igual ou maior que 35 kg/m<sup>2</sup>, caso apresente comorbidades associadas à obesidade, como diabetes, hipertensão, dislipidemias. A cirurgia também é indicada em pacientes com idade entre 18 e 65 anos e história de tratamentos clínicos por pelo menos 1 ano sem sucesso.

2. Recebi orientações que Bypass gástrico não é recomendado para pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício; hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco; e síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos. Os quadros psiquiátricos sob controle não são contraindicações obrigatórias para a realização da cirurgia

3. Recebi informação que poderão ocorrer infecções no pós-operatório por diversas causas, decorrentes ou não da intervenção cirúrgica. Ainda poderão ocorrer complicações físicas e orgânicas, como: infecção de parede abdominal, hérnia abdominal, vômitos e diarreias, obstrução do reservatório gástrico por alimentos sólidos não mastigados adequadamente, trombose venosa profunda, hemorragia intra-abdominal, fistulas e insuficiência de órgãos como coração, rins, fígado e pulmões. Também poderão ocorrer complicações emocionais e comportamentais, como: depressão, ansiedade, anorexia e bulimia.

4. Recebi informação que esta técnica cirúrgica pode trazer vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, estão: perda de peso acentuada e duradoura, com baixo índice de insucesso; tratamento da doença do refluxo gastro-esofágico; menor índice de complicações a longo prazo; fácil controle metabólico e nutricional do paciente; reversibilidade, embora com dificuldade técnica; e ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. Com relação as desvantagens, destaque-se: acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; método cirúrgico mais complexo; passível de complicações como deiscência de suturas, deficiência proteicas, anemia, queda de cabelo, alteração de textura de pele e unhas; e eliminação de flatos fétidos.

5. Recebi informação que a obesidade mórbida é uma doença crônica e, portanto, o tratamento ao qual serei submetido necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar. A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica não impede o futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

6. Estou ciente que embora sejam realizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências poderão ocorrer e não está livre de riscos e garante os resultados. Os riscos do procedimento cirúrgico foram devidamente esclarecidos pela equipe médica, inclusive durante as consultas que antecederam a internação e assinatura do presente documento, respeitando-se assim a minha autonomia.

7. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar; tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

8. Recebi informações que para realizar uma intervenção cirúrgica é necessário a aplicação de anestésico, cujos métodos, técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade do médico anestesista.

9. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

10. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização de Bypass gástrico. Compreendo também que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

---

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

*(obrigatório nos casos de representação):*

### Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

---

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

### Testemunhas:

Nome legível: \_\_\_\_\_ Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal