

Definição: A cirurgia metabólica é definida como qualquer intervenção no tubo digestivo, que tem como finalidade o controle do diabetes mellitus do tipo 2, com ou sem medicação, por meio de mecanismos independentes da perda de peso.

A cirurgia metabólica foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina nos termos da Resolução nº 2.172/17, como conjunto de técnicas não experimentais de alto risco e complexidade, para fins de tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m².

Declaro que:

1. Recebi esclarecimento que a cirurgia metabólica deve ser indicada por dois especialistas endocrinologistas, para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 com: histórico há menos de 10 (dez) anos, IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos, mediante parecer fundamentado atestando resistência ao tratamento clínico com antidiabéticos orais ou injetáveis, mudanças de estilo de vida, dieta e exercícios físicos, durante acompanhamento endocrinológico regular pelo período mínimo dois anos, desde que não apresente contraindicações para a cirurgia proposta.

2. Recebi esclarecimento que os pacientes elegíveis para cirurgia metabólica, segundo os critérios estabelecidos no item 1, que tenham histórico de doença mental, devem receber avaliação adicional do médico psiquiatra e por solicitação deste, avaliação psicológica.

3. Recebi o esclarecimento que a cirurgia metabólica deve ser contraindicada em pacientes: a) com adição ao álcool; b) dependentes químicos; c) depressivos graves com ou sem ideação suicida; d) com psicoses graves; e) portadores de qualquer doença mental que a critério da avaliação do psiquiatra, contraindique a cirurgia de forma definitiva ou até que a doença tenha sido controlada por tratamento; f) ou outras doenças ou condições clínicas que contraindiquem a cirurgia. Fui igualmente esclarecido que a presença de apenas um dos critérios aqui descritos é suficiente para a contraindicação da cirurgia proposta.

4. Recebi informação que a cirurgia metabólica está contraindicada para pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e com diabetes mellitus tipo 2 com complicações graves.

5. Estou ciente dos critérios exigidos para elegibilidade e igualmente das contraindicações para a realização da cirurgia metabólica. Declaro ainda na condição de paciente ou de representante legal, que se encontram presentes as condições exigidas no item 1 para indicação da cirurgia, bem como, que inexistente histórico clínico de qualquer dos critérios que determinam a contraindicação e descritos nos itens 2 e 3.

6. Recebi esclarecimento que somente duas técnicas cirúrgicas foram reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para realização da cirurgia metabólica, sendo a primeira escolha para o tratamento de pacientes com DM2 não controlado clinicamente com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², a execução da técnica de derivação gastrojejunal em Y de Roux (DGYR). Esta técnica é considerada segura, apresentando baixa morbimortalidade e resultados favoráveis em curto e longo prazos, incluindo diminuição de morte por complicações cardiovasculares, sendo demonstrada em estudos prospectivos pareados com mais de 20 anos de seguimento em séries de casos controlados e em estudos randomizados e controlados com nível 1A de evidência e recomendação. Eventos adversos cirúrgicos foram relativamente baixos, com uma mortalidade cirúrgica de 0,0-0,3 em dados históricos de pacientes com IMC \geq 35 kg/m²; e as complicações cirúrgicas observadas não são graves e não exigem grandes intervenções. Estudos trazem que não ocorreu excessiva perda de peso nestes pacientes, quando utilizadas técnicas regulamentadas.

7. Recebi a informação que a alternativa, caso haja alguma contraindicação ou desvantagem na derivação gastrojejunal em Y de Roux como grandes cirurgias abdominais prévias ou doenças intestinais; será a indicada a realização da técnica de gastrectomia vertical (GV). Essa opção técnica conta com diversos estudos clínicos cujos resultados em portadores de diabetes mellitus não controlado foram melhores que aqueles obtidos no tratamento clínico isolado, porém com efeito metabólico menor que a derivação gastrojejunal em Y de Roux e seus resultados em longo prazo (8-10 anos) ainda não são conhecidos.

8. Recebi esclarecimento da equipe médica _____, CRM Nº _____, que de acordo com a avaliação clínica e demais exames realizados, a cirurgia metabólica será realizada pela técnica _____.

9. Recebi informação que as cirurgias podem ser feitas por abordagem aberta ou por videolaparoscopia (menos invasiva e mais confortável ao paciente). Existem situações que o cirurgião converterá a videolaparoscopia em cirurgia aberta, e essa decisão será baseada em critérios de segurança e quando necessária, só poderá ser tomada durante o ato operatório, ficando desde já autorizada a conversão cirúrgica.

10. Recebi esclarecimento que os riscos e intercorrências relatados são: fistula digestiva, lesão do baço, lesões vasculares, lesões intestinais, hemorragias, complicações anestésicas, infecções, pancreatite aguda, gastrite, úlcera péptica, hepatite, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, alterações digestivas, deiscência (rotura) de suturas no estômago ou de suturas que fazem a ligação entre o estômago e o intestino, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, obstrução gástrica intestinal por aderências ou hérnias internas, hérnia incisional, flatulência, fezes com cheiro fétido e diarreias, depressão, carências nutricionais e óbito.

11. Recebi esclarecimento que a cirurgia metabólica traz como benefício a melhora do controle glicêmico nos pacientes diabéticos submetidos as técnicas cirúrgicas citadas, observada através da melhora precoce da resistência e secreção de insulina.

12. Estou ciente e meus familiares igualmente, que o médico cirurgião escolhido para a realização da cirurgia metabólica está regularmente registrado no Conselho Regional de Medicina como especialista em Cirurgia Geral ou Cirurgia do Aparelho Digestivo, sendo que esta habilitação é condicional para que ele pratique este ato médico.

13. Recebi esclarecimento que a cirurgia metabólica só deve ser realizada em hospitais de grande porte que comportem a realização de cirurgias de alta complexidade, com médicos plantonista 24 horas e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de equipes multidisciplinares e multiprofissionais experientes no tratamento de diabetes mellitus e cirurgia gastrointestinal. Declaro ainda que o médico cirurgião escolhido esclareceu que este hospital possui toda estrutura e suporte exigido para o procedimento cirúrgico proposto.

14. Recebi informação que pode ser necessário o encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nas primeiras horas após a cirurgia.

15. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar outras situações ainda não diagnosticadas, como também podem ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas. Concordo e autorizo que o médico realize procedimentos necessários para resolução dessas situações.

16. Recebi informação que poderão ocorrer infecções por várias causas decorrentes ou não do procedimento médico invasivo-cirúrgico e que dependendo do tipo de procedimento poderá sobrevir uma cicatriz sujeita à formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que são estéticas e independem da habilidade do cirurgião, e são dependentes das características pessoais do paciente.

17. Recebi informação e estou ciente que para realizar uma intervenção médica invasivo-cirúrgica será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, preparo (avaliação pré-operatória), técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva da equipe médica de anestesista. Concordo e autorizo a equipe médica a suspender o procedimento invasivo-cirúrgico em caso de intercorrência por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco do ato cirúrgico.

18. Recebi esclarecimento quanto à necessidade de que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente deve ser encaminhado para exames complementares para esclarecimento diagnóstico e tratamento, o qual autorizo desde já.

19. Recebi esclarecimento e meus familiares igualmente, que no pós-operatório devo estar atento aos seguintes sinais: presença de secreção na ferida cirúrgica, inchaço assimétrico nas pernas, falta de ar, dificuldade de andar, dor forte abdominal que não melhora com analgésicos recomendados, vômitos que não melhoram apesar do uso de medicamentos, e temperatura axilar maior que 38° após 48h de pós-operatório. Se perceber ou sentir alguns desses sinais de alerta, devo comunicar a equipe médica responsável e procurar o Pronto Socorro.

20. Recebi esclarecimento e meus familiares igualmente, que haverá necessidade de acompanhamento clínico regular no pós-operatório obrigatoriamente por equipe multidisciplinar e multiprofissional compostas por: cirurgião geral ou do aparelho digestivo, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e quando necessário, gastroenterologista, nutrólogo, equipe multiprofissional de terapia nutricional, psiquiatra, angiologista ou qualquer outro especialista ou profissional da área da saúde necessário.

21. Estou ciente que no pós-operatório o acompanhamento será estabelecido pela equipe médico e deve prever suporte ao estilo de vida a longo prazo e monitoramento rotineiro de micronutrientes e estado nutricional, de acordo com diretrizes para o tratamento pós-operatório de cirurgia metabólica por sociedades profissionais nacionais e internacionais.

22. Tenho conhecimento e meus familiares que sendo o diabetes mellitus tipo2 uma doença crônica e progressiva, devo manter seguimento contínuo com as equipes multidisciplinares, incluindo associação de medicação pertinente a evolução glicêmica, lípidos e hipertensão arterial.

23. Recebi informação que pouca ingestão de alimentos durante um determinado período pode levar a estados de mal-estar, desânimo, paralisias, confusão mental, anemias, queda de cabelo, cegueira noturna, e outros estados de privação alimentar. Para evitar isso, podem ser necessários complementos vitamínicos, proteicos, minerais e calóricos.

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Registro: _____

24. Recebi esclarecimento da equipe médica sobre os benefícios, alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico, assim como acerca das contraindicações, riscos, inclusive de morte, complicações e via de acesso do procedimento médico invasivo-cirúrgico, indicado de acordo com o quadro clínico, possibilidade de reintervenção, permanência no hospital superior ao previsto e transfusão de sangue.

25. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, inclusive no pré-operatório, 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.

26. 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.

27. 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 do procedimento cirúrgico proposto. Afirmando ainda 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