

Definição: A colecistectomia laparoscópica é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção de cálculos e da vesícula biliar, através de pequenas incisões feitas no abdômen.

Declaro que:

1. Recebi informação que a colecistectomia laparoscópica é indicada para tratamento de litíase, doenças biliares, colelitíase, colecistite aguda, coledocolitíase, pancreatite, neoplasias da vesícula biliar, dentre outros.

2. Recebi esclarecimento que são raras as complicações da colecistectomia, porém podem ocorrer: lesões das vias biliares ou duodeno originando fístulas biliares, hemorragia, infecção da incisão cirúrgica e coleção de líquidos dentro da cavidade abdominal; necessitando de tratamento adicional e eventualmente transfusão sanguínea durante ou após o procedimento cirúrgico.

3. Estou ciente que pode haver a necessidade de conversão para cirurgia aberta devido à impossibilidade de acesso à cavidade ou aderências de procedimentos cirúrgicos anteriores que dificultem a visualização.

4. 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 queloide (cicatriz alta com forma de cordão) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do cirurgião, visto que dependem de minhas características pessoais.

5. Estou ciente dos riscos, benefícios e alternativas; e que para realizar o procedimento proposto, será necessário o uso de anestesia, cujo métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesia.

6. 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.

7. 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.

8. 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 da colecistectomia laparoscópica com ou sem colangiografia. Entendo 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