

Definição: Procedimento endoscópico que consiste na colocação de uma prótese esférica de silicone dentro do estômago com o objetivo de otimização da perda do peso corporal. Após posicionamento intragástrico, a prótese é insuflada com soro fisiológico e corante (azul de metileno), com o volume ajustado para cada indivíduo.

Declaro que:

1. Recebi informação que o balão intragástrico é indicado para: o tratamento de perda de peso; preparo pré-operatório de pacientes com obesidade mórbida (IMC > 40kg/m²) ou obesidade moderada (IMC > entre 30 e 39 Kg/m²) associada à patologias agravadas ou desencadeadas pela obesidade (por exemplo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, e outros); pacientes com obesidade mórbida ou moderada sem condições clínicas para serem submetidos à cirurgia bariátrica ou que não aceitam a indicação cirúrgica; e pacientes com obesidade com risco de vida significativo, sendo que tratamentos convencionais não resultaram em perda ou manutenção da perda de peso.

2. Recebi orientações que o balão intragástrico não é indicado para pacientes com: esôfago de Barrett; uso crônico de anticoagulantes; hérnia de hiato acima de 5 cm; cirrose hepática; insuficiência renal crônica; perda de peso por razões estéticas; IMC menor que 28, a não ser que acompanhado de morbidades associadas a obesidade; qualquer doença inflamatória do trato gastrointestinal incluído esofagites e doença de Crohn; ulceração gástrica; ulceração duodenal; câncer; varizes esofágicas ou gástricas com condições potenciais de sangramento gastrointestinal superior; telangiectasias intestinais adquiridas ou congênitas; anomalia congênita no trato gastrointestinal como atresias e estenoses; grávidas ou mulheres em amamentação; cirurgias plásticas ou intestinais prévias; dentre outras.

3. Recebi informação que poderão ocorrer complicações relacionadas à implantação do balão, como: náuseas, vômitos e desconforto gástrico no período inicial, que pode se estender por 2 a 7 dias; sensação de compressão no músculo diafragma; obstrução intestinal, caso ocorra o esvaziamento espontâneo do balão e este migre para o intestino; refluxo gastroesofágico; obstrução gástrica em caso de impacto no antro gástrico; contaminação e crescimento bacteriano no conteúdo do balão, que pode romper e ocasionar diarreia, cólicas e febre; úlceras na mucosa gástrica provocadas pelo atrito do balão ou pelo aumento da acidez dos sucos gástricos; perda de peso insuficiente ou nula; complicações à saúde decorrentes da perda excessiva de peso; influência na digestão dos alimentos; e obstrução na entrada de alimentos no estômago.

4. Poderão ocorrer ainda complicações relacionadas à introdução ou retirada do balão, como: reações adversas à anestesia ou sedação; lesão ou irritação na faringe; lesão com sangramento ou perfuração do trato digestivo alto; aspiração do conteúdo gástrico para dentro dos pulmões; cólicas abdominais e desconforto causados pela distensão estomacal.

5. Fui orientado a comunicar imediatamente o meu médico se observar a presença da coloração azul na urina ou nas fezes, para que seja retirado o balão. Tendo ciência de que esta mudança de coloração corresponde a perda da solução salina corada com o azul de metileno utilizada para insuflação do balão. Da mesma forma, comprometo-me a realizar consultas periódicas e exames solicitados pela equipe médica, visando controle clínico.

6. Recebi informação que a obesidade mórbida é uma doença crônica e que o tratamento ao qual serei submetido necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar permanente, seja com a equipe do meu médico ou com equipe de outro serviço de saúde. 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.

7. Estou ciente que embora sejam tomados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências poderão ocorrer, portanto, não existem garantias de resultados. Os riscos do procedimento cirúrgico foram devidamente esclarecidos pela equipe médica durante as consultas que antecederam a internação e assinatura do presente documento, respeitando-se assim a autonomia do paciente.

8. 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.

9. Recebi informações que para a realização do procedimento é necessária a aplicação de medicamentos anestésicos, cujos métodos, técnicas e fármacos serão de indicação e responsabilidade do médico anestesista.

10. 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.

11. 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 colocação de balão intragástrico. 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