

Definição: Técnica cirúrgica que consiste na retirada de 70 a 80% do estômago, de forma longitudinal. Além do efeito restritivo pela redução do tamanho do estômago, é retirada justamente a parte do órgão onde é produzido o hormônio grelina (responsável pela sensação de fome quando o estômago se esvazia).

Declaro que:

1. Recebi informação que gastrectomia vertical é indicada para pacientes: com IMC superior a 40 kg/m²; com IMC de 35 kg/m² e que apresentem doenças do coração, respiratórias ou diabetes descompensada; muito jovens ou com idade superior a 65 anos. O Conselho Federal de Medicina (CFM) já reconheceu que o procedimento também é indicado para o tratamento de diabetes tipo2 não controlado em pacientes com IMC a partir de 30 kg/m², e é indicada caso haja qualquer contraindicação para a realização da gastroplastia em Y de Roux, que apresenta efeitos mais poderosos sobre o diabetes quando comparada com a gastrectomia vertical.

2. Recebi informação que poderão ocorrer infecções no pós-operatório por diversas causas decorrentes ou não da intervenção cirúrgica. Ainda poderão ocorrer outras complicações físicas e orgânicas como: refluxo gastroesofágico sintomático no pré-operatório pode ter sintomas agravados no pós-operatório, sangramento, infecção secundária à fistula (extravasamento do conteúdo do estômago para a cavidade abdominal). Também poderão ocorrer complicações emocionais e comportamentais, como: depressão, ansiedade, anorexia e bulimia.

3. Recebi informação que a técnica cirúrgica apresenta vantagens e desvantagens. Dentre elas, as vantagens são: restrição do volume de armazenamento de alimento no estômago; rápida e significativa perda de peso; internação hospitalar de curto período; e mudanças favoráveis nos hormônios intestinais que suprimem a fome, reduzem o apetite e melhoram a saciedade. Com relação as desvantagens, destacam-se: o procedimento é irreversível; gera risco potencial para deficiências de vitaminas a longo prazo; e possui taxa de complicações precoces quando comparada aos demais tipos de cirurgia bariátricas.

4. Recebi informação que a obesidade mórbida é uma doença crônica e, portanto, o tratamento ao qual serei submetido necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar permanente, seja com a equipe do meu médico ou de outro serviço de saúde. A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

5. 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 assim a minha autonomia.

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

8. 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.

9. 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 gastrectomia vertical (sleeve gastrectomy). 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