



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANASTOMOSE BILIOENTÉRICA

1. Diagnóstico e Indicação do Procedimento

Indicada em casos de obstrução biliar irreversível ou lesão iatrogênica da via biliar.

2. Descrição do Procedimento

Conexão cirúrgica entre via biliar (como o colédoco ou ducto hepático) e o intestino delgado, geralmente o jejuno.

3. Benefícios Esperados

- Controle dos sintomas e complicações relacionados ao quadro atual;
- Redução dos riscos de agravamento;
- Melhora na qualidade de vida e segurança clínica.

4. Riscos e Complicações Possíveis

- Colangite
- Estenose da anastomose
- Fístulas biliares
- Infecção abdominal
- Hemorragias

5. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Mesmo com todas as medidas de prevenção adotadas por hospital e equipe médica, existe o risco de infecção. Conforme a ANVISA e o NHSN, as taxas aceitáveis de infecção são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Estou ciente desses riscos e da existência de protocolos de segurança hospitalar para minimizá-los.



6. Alternativas e Esclarecimentos

Fui informado(a) de que existem alternativas possíveis, conforme o caso clínico, e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas com linguagem clara e acessível.

7. Limitações e Condutas Intraoperatórias

Estou ciente de que podem ocorrer situações imprevistas durante o procedimento que exijam modificações na conduta médica. Autorizo o profissional responsável a tomar as medidas necessárias, conforme seu julgamento técnico, visando minha segurança.

8. Declaração Final de Consentimento

Declaro que:

- Compreendi as informações sobre o diagnóstico, natureza e objetivos do procedimento, bem como seus benefícios, riscos e alternativas;
- Tive tempo adequado para reflexão e esclarecimento de dúvidas;
- Estou ciente de que nenhum procedimento garante cura absoluta;
- Autorizo a realização do(a) anastomose bilioentérica conforme indicado.

Este termo está em conformidade com o Código de Ética Médica (arts. 22 e 34) e com a Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Local e data: Gramado, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal:

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura do médico responsável:

Dr. Márcio Muller – CREMERS 23266

Testemunhas (opcional):

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____



DR MARCIO MULLER - CREMERS 23266
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA

CBHPM - 3.10.02.12-9 | CID - K83.1 / K91.8