



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMIA

1. Diagnóstico e Indicação do Procedimento

Fui informado(a) de que apresento alterações na vesícula biliar, que justificam a necessidade de tratamento cirúrgico. A indicação médica é para realização de colecistectomia, ou seja, a retirada da vesícula biliar. As principais indicações são:

- Cálculos (pedras) na vesícula biliar;
- Inflamação aguda ou crônica da vesícula biliar (colecistite);
- Complicações como pancreatite biliar (inflamação do pâncreas causada por cálculo);
- Presença de cálculos no canal principal da bile (colédoco).

2. Descrição do Procedimento

A cirurgia pode ser realizada por vídeolaparoscopia (método menos invasivo, com pequenas incisões e uso de câmera) ou, quando necessário, por cirurgia aberta (com corte maior). A escolha depende de fatores clínicos e das condições encontradas durante a operação.

Será utilizada anestesia geral, com monitoramento contínuo por equipe especializada.

Durante a cirurgia, podem ser necessários procedimentos adicionais, como drenagem, retirada de cálculos no colédoco ou conversão para cirurgia aberta, conforme avaliação médica no momento.

3. Benefícios Esperados

- Eliminação dos sintomas relacionados à vesícula;
- Prevenção de novas crises inflamatórias, complicações ou infecções;
- Melhora na qualidade de vida.

4. Riscos e Complicações Possíveis

Apesar de ser um procedimento comum e seguro, existem riscos, como em qualquer cirurgia. Foram explicadas e compreendidas as seguintes possíveis complicações:

1. Conversão para cirurgia aberta, por inflamação intensa ou presença de cálculos nos canais biliares;
2. Lesão do colédoco (canal da bile);
3. Sangramento e necessidade de transfusão;
4. Lesão de órgãos vizinhos (intestinos, fígado, vasos sanguíneos);
5. Infecção de feridas ou do abdome;



6. Formação de cicatrizes anormais (quelóides);
7. Trombose venosa profunda (coágulos nas veias das pernas);
8. Embolia pulmonar (complicação grave que pode levar à morte);
9. Complicações relacionadas à anestesia (alergias, reações adversas, risco de parada respiratória ou cardíaca).

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 como tratamento clínico (medicamentoso), que porém não são eficazes para resolução definitiva do problema. Me foram apresentadas essas opções, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas com linguagem clara e compreensível.

7. Limitações e Condutas Intraoperatórias

Estou ciente de que podem ocorrer situações imprevistas durante a cirurgia que exijam modificações na conduta médica, e autorizo o médico responsável a tomar as providências necessárias, segundo seu julgamento técnico, visando minha segurança.

8. Declaração Final de Consentimento

Declaro que:

- Compreendi as informações sobre o diagnóstico, natureza e objetivos da cirurgia, bem como seus benefícios, riscos e alternativas;
- Tive tempo adequado para refletir e formular dúvidas, que foram respondidas de forma satisfatória;
- Estou ciente de que nenhuma cirurgia garante cura absoluta e que complicações podem ocorrer mesmo com todos os cuidados;
- Autorizo a realização da colecistectomia 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).



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

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: _____