

 <b>COMPLEXO HOSPITALAR</b> <b>SantaRosália</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIAVIDEOLAPAROSCÓPICA  OU CIRURGIA ABERTA</b>	<b>CAP 002</b>
		<b>VERSÃO: 00</b>

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de APENDICECTOMIAVIDEOLAPAROSCÓPICA OU CIRURGIA ABERTA.

Esclareceu-me que irei ser submetido a procedimento cirúrgico de apendicectomia vídeolaparoscópica, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica.

A técnica cirúrgica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo cirurgião, bem como alternativas – cirurgia aberta – para tratamento da apendicite. Minha cooperação, seguindo as orientações médicas no pós-operatório, se faz necessária para o melhor resultado do procedimento cirúrgico; que me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos que o procedimento cirúrgico acarreta: abscesso intraperitoneal, pyleflebite, fístula estercoral, ílio paralítico, complicações hemorrágicas, obstrução intestinal secundária a aderências e hérnia incisional. Assim como os riscos provenientes da vídeolaparoscopia: Embolia gasosa (rara), hipotensão arterial, arritmias, enfisema subcutâneo, pneumomediastino, pneumotórax, lesões inadvertidas do cauterio, lesões durante a introdução com a agulha de Verris e dos trocartes (0,002%), dores nos ombros. Podem ocorrer riscos não previstos, tais como complicações clínicas secundárias ou não à comorbidades pré-existentes;

Compreendo o que foi exposto acima e que realmente desejo ser submetido a esse tratamento.

-----

**ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
RG

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_