

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIAVIDEOLAPAROSCÓPICA	CAP 003
		VERSÃO: 00

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 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

Declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia a que vou me submeter será a Colecistectomia vídeolaparoscópica para tratamento da colecistite aguda, colecistite crônica ou da colelitíase. Estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que durante o procedimento, em ocasiões especiais, que podem acontecer em menos de 1% dos casos, pode existir necessidade de conversão para a cirurgia aberta. Declaro estar ciente também que na cirurgia das vias biliares existe a possibilidade de cálculo residual em colédoco em aproximadamente 5% dos casos e que pode haver a necessidade de realização de colangiografia intra-operatória com exploração das vias biliares. Também declaro saber da grande melhora que irá acontecer em meu quadro clínico com o tratamento cirúrgico. Declaro compreender a necessidade da realização do procedimento. Estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: Embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida por cautério, lesão inadvertida de alças intestinais em pacientes com cirurgias anteriores, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões em via biliar (0,3%), hérnia incisional umbilical, infecção da ferida operatória, coleperitônio, fistula biliar, icterícia progressiva, pancreatite aguda, colangite aguda (no caso da necessidade da exploração das vias biliares para retirada de calculo), coledocolitíase. Podem suceder náuseas e vômitos no pós-operatório. A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de 5% e a mortalidade entre é menor do que 1%. Estou me submetendo a esta cirurgia ciente de todos os benefícios e riscos relacionados a ela.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo