

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado Paciente, a Declaração de Consentimento Informado é um documento no qual a sua vontade em autorizar é manifestada. A intervenção cirúrgica indicada será realizada por seu médico e equipe após seu consentimento. Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação, pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização da cirurgia. A assinatura no presente documento representa seu entendimento em seguir as orientações pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com a equipe multidisciplinar.

Eu, _____ brasileiro (a),
ESTADO CIVIL, _____, portador da Carteira de Identidade n.º _____,
e do CPF n.º _____, declaro ter procurado a
Clínica de Cirurgia Ivan Resende Ltda., integrada pelos cirurgiões Ivan Cezar Said Resende e Ivan Borges de Mattos Resende, com o propósito de me submeter ao tratamento cirúrgico da Obesidade Mórbida, após vários tratamentos clínicos com especialistas na área com a finalidade de perda de peso e manutenção deste, sem ter obtido sucesso, e após a realização de todos os exames clínico-laboratoriais requeridos pelo cirurgião, que corroboram a indicação cirúrgica.

Reconheço ter recebido destes cirurgiões, todas as informações sobre a indicação, benefícios e riscos da cirurgia e as dúvidas tiradas em outra consulta.

Declaro, pois ter compreendido que as complicações cirúrgicas podem ocorrer independentemente da eficiência dos cuidados médicos e da técnica operatória adequada utilizada, sabendo que para tratamento de tais intercorrências, podem ser necessários reoperações, permanência no hospital superior à prevista, inclusive em Unidade de Tratamento Intensivo, e transfusão de sangue, podendo surgir, como em qualquer outro procedimento cirúrgico, coleções na parede abdominal (seroma ou abscesso), hérnia da parede pulmonar (coágulos nas artérias do pulmão), pneumonia, acidente vascular cerebral (derrame ou trombose), infarto do miocárdio, flebites (inflamação nas veias), trombose venosa profunda de membros inferiores (coágulos nas veias das pernas), lesões no baço com necessidade de sua remoção, entre outras, sabendo que, em algumas situações, esses problemas podem levar o indivíduo à incapacitação temporária, permanente ou mesmo ao óbito. Fui informado (a) de que podem ocorrer, ainda, complicações tardias como desnutrição, anemias, deficiências nutricionais outras, principalmente na falta de seguimento e acompanhamento pós-operatório adequado, além de obstrução intestinal por aderências (que podem aparecer em qualquer cirurgia abdominal).

Declaro, expressamente, que concordo que os médicos realizem, durante a internação, todos os atos necessários para meu cuidado, com intuito de preservar minha vida.

Compreendendo que, devido às respostas individuais do meu organismo, bem como do meu grau de comprometimento no cumprimento das orientações no pós-operatório, no sentido de realizar atividades físicas e seguir as orientações nutricionais, a perda de peso obtida pode não ser aquela desejada, tendo sido eu, exaustivamente informado (a) pela equipe responsável, quando às restrições alimentares que o tratamento impõe.

Estou ciente de que após a alta hospitalar devo manter-me em controle rigoroso, sob orientação da equipe da Clínica de Cirurgia Ivan Resende Ltda. e das especialidades correlatas, abrangendo consultas médicas, exames laboratoriais, acompanhamento psicológico, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, uso contínuo de vitaminas e prática de atividades físicas. Fui informado (a) de que a perda de peso é gradativa e que, em média, estabilizarei meu peso no período aproximado de 18 (dezoito) a 24 (vinte e quatro) meses, podendo haver variação neste tempo, perda de peso insatisfatória ou, até mesmo, reganho de peso.

Os riscos cirúrgicos e as necessárias mudanças de hábitos foram devidamente esclarecidos pelos médicos durante as consultas que antecederam à assinatura deste documento, sendo informado (a) também que nas cirurgias laparoscópicas podem ocorrer dificuldades ou intercorrências que necessitem de conversão para cirurgia via aberta.

Declaro, ainda, que, após leitura deste termo, os cirurgiões e sua equipe têm a minha autorização para realizarem os procedimentos operatórios, diagnósticos e terapêuticos que julguem necessários ao longo do meu acompanhamento.

Declaro, finalmente, que estou em pleno gozo de minhas faculdades mentais e civis, não havendo quaisquer vícios que possam macular a manifestação de vontade e consentimento aqui expressas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____

Paciente

Testemuha

Ivan Cezar Said Resende
CRMMG 9342

Ivan Borges de Mattos Resende
CRMMG 47344