



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Tratamento Cirúrgico da Doença do Refluxo (Hérnia de Hiato)  
Cirurgia por Vídeo**

**Identificação do Paciente**

**Nome:**

**Prontuário:**

**Documento de Identidade:**

**\*Responsável Legal:**

**Documento de Identidade:**

**Grau de Parentesco:**

\*Em caso de menor de dezoito anos ou de atendimento de emergência

**Procedimento: Tratamento Cirúrgico da Doença do Refluxo (Hérnia de Hiato) por Vídeo**

**Descrição Técnica do Procedimento:**

Trata-se de enfraquecimento da válvula cárdia entre o estômago e o esôfago que permite o retorno do ácido ou da comida do estômago para o esôfago.

A cirurgia de Hérnia de Hiato por vídeo consiste em três a cinco pequenas incisões (furos) no abdômen por onde são introduzidos os instrumentos do cirurgião e uma pequena câmera que permite a visualização do interior do paciente.

Através de instrumentos o cirurgião fechará a abertura do diafragma e construirá uma nova válvula que impedirá o refluxo do ácido para o estômago.

Normalmente a cirurgia é realizada sob anestesia geral sendo os fármacos utilizados bem como as técnicas anestésicas de responsabilidade do médico anestesista.

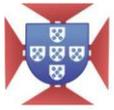
**Descrição dos Possíveis Insucessos e Riscos Operatórios:**

Em procedimentos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas respiratórios e cardiovasculares e urinários. Além desses, as principais situações adversas inerentes a este tipo de procedimento são: hematomas, edema perfuração de vísceras, retenção de gases, hérnia, recidiva da doença.

**Geral:**

Durante a realização do procedimento, em função de intercorrências não previstas, procedimentos alternativos podem ser necessários, envolvendo inclusive a possibilidade de transfusão de sangue e ressuscitação.

A cirurgia pode ser convertida para cirurgia aberta caso intercorrências assim o exijam.



**Declaração do Paciente (ou responsável):**

Estou ciente dos procedimentos e técnicas a que serei submetido (a) como a alternativa terapêutica mais indicada para o diagnóstico da minha situação clínica.

Desde já autorizo a realização do procedimento e da anestesia como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a conversão para cirurgia aberta, transfusão de sangue e ressuscitação que deverão ser conduzidos e resolvidos diante da singularidade de cada evento.

Tudo me foi esclarecido pelo médico abaixo assinado, tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e entendi tudo que me foi transmitido, estando o médico e sua equipe por mim autorizados a realizar o procedimento de Tratamento Cirúrgico do Refluxo Gastroesofágico por videocirurgia.

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, técnicas do procedimento, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada.

Tenho conhecimento que a qualquer momento antes de iniciado o procedimento posso revogar este termo.

---

Assinatura (Paciente/Representante Legal)

**Declaração do Médico Responsável:**

Confirmo que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e ou seus familiares o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamentos acima descritos bem como que poderá revogar o consentimento agora concedido e firmado.

Nome do médico:

CRM:

---

Assinatura (Médico)

Campos dos Goytacazes - RJ, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.