



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Colecistectomia por Laparotomia

### 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: Colecistectomia (Pedras na Vesícula) por Laparotomia

#### Descrição Técnica do Procedimento:

Trata-se de cirurgia por laparotomia isto é com a abertura cirúrgica do abdômen para extração da vesícula biliar.

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 dessas, as principais situações adversas inerentes a este tipo de procedimento são: trauma nas vias biliares com necessidade de outras cirurgias, cálculo no canal biliar não diagnosticado, fístula biliar, trauma dos órgãos abdominais.

#### 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.

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

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.

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 cirúrgico e de anestesia como foi exposto neste termo, bem como os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e de emergência, incluindo a 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 Colectomia por laparotomia (cirurgia aberta de abdômen).

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Paciente/Representante Legal)

**Declaração do Médico Responsável:**

Confirmando 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\_\_\_\_.