



## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Colecistectomia Laparoscópica**

### **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) Vídeo Laparoscópica**

#### **Descrição Técnica do Procedimento:**

Trata-se de cirurgia por vídeo laparoscopia com até cinco cortes no abdômen por onde serão introduzidos os instrumentos para execução do procedimento cirúrgico.

#### **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: necessidade de conversão para cirurgia aberta com corte no abdômen, trauma nas vias biliares com necessidade de outras cirurgias, cálculo no canal biliar não diagnosticado, fístula biliar, trauma dos órgãos abdominais pela introdução dos trocáteres entre outros.

#### **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, modificação para cirurgia aberta 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 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 Colectistectomia Vídeolaparoscópica.

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\_\_\_\_.