

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO- COLECISTECTOMIA

Considerando o artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da lei 8078/90(Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu \_\_\_\_\_ documento de identidade e/ou CPF nº \_\_\_\_\_ estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo Dr.(a), inscrito(a) no CRM, sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**COLECISTECTOMIA C/OU SEM COLANGIOGRAFIA**”, a que vou me submeter, consiste na retirada da vesícula biliar. A cirurgia pode ser feita por Videolaparoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte). **CBHPM – 3.10.05.12-8 CID – K81.9**

### INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. **Inflamação crônica ou aguda da vesícula biliar.**
2. **Cálculos em vesícula biliar.**
3. **Pacientes que tiveram pancreatite (inflamação do pâncreas) biliar, causada pela migração das pedras para o colédoco (canal da bile).**
4. **Cálculos fora da vesícula no colédoco (canal da bile).**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: Necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula ou cálculos em colédoco; Lesão do colédoco (canal da bile); Infecções; Lesão de outros órgãos, principalmente intestinos; Hemorragias; Trombose venosa profunda; Embolia pulmonar, em geral muito grave, podendo levar a óbito; Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **riscos e complicações** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Nome Legível- Rg/CPF

\_\_\_\_\_  
Nome Legível-CRM-UF