

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DUODENOPANCREATECOMIA

Considerando o artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 IV 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 _____ informado(a) pelo Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____, sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado “**DUODENOPANCREATECTOMIA**”, a que vou me submeter, consiste na retirada da cabeça do pâncreas, e todo o duodeno, colédoco distal (canal que drena a bile produzida pelo fígado), pode ou não retirar parte do estômago. Ressecção da vesícula biliar. Confecção de jejunostomia ou não para alimentar temporariamente. É indicada no caso de tumores malignos periampolares, que são os tumores da cabeça do pâncreas, colédoco distal papila e duodeno. **CBHPM: 3.10.06.07-8 CID – C25.9**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro. Esta cirurgia é de grande porte, sendo assim apresenta alta morbidade (complicações), superior a 40%; as mais frequentes são: Fistula biliar (vazamento da sutura) na anastomose coledocojejunal; Fistula pancreática muito comum, pois em 80% dos pâncreas são moles, de difícil sutura e alta probabilidade de fistula; Fistula gástricajejunal; Jejunostomia poderá se soltar da parede abdominal, causando vazamento do líquido intestinal; Hérnia Incisional; Infecção da ferida operatória; Hemorragia; Trombose venosa profunda; Embolia pulmonar muito grave, podendo levar a óbito; Possibilidade de cicatrizes em forma de quelóides.

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