

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO GASTRECTOMIA

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 “**GASTRECTOMIA**”, a que vou me submeter, consiste na retirada cirúrgica do estômago, podendo ser total ou parcial. A indicação mais freqüente é o câncer gástrico, podendo ser indicada ainda, em doenças benignas – úlcera péptica. **CBHPM – 3.10.02.12-9 CID – C16.9**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: Hemorragias; Fístulas quando nos locais das suturas, ocorre vazamento que provocam infecções e são relativamente freqüentes e graves; pode exigir re-operações; Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, graves, podendo levar a óbito; Trombose venosa profunda; Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia; Recidiva dos tumores; 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

---

Nome Legível- Rg/CPF

Assinatura do Médico Assistente

---

Nome Legível-CRM-UF