



Sociedade Brasileira de
Cirurgia Bariátrica e Metabólica

() Spatz

() Orbera

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PREZADO PACIENTE: O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada. O procedimento endoscópico indicado será realizado por seu médico e equipe após seu consentimento. Esse documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização do procedimento endoscópico e início do tratamento. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização do procedimento endoscópico, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-procedimento e pós-procedimento, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

Eu, _____

Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____,

Inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente na _____

Cidade _____ Estado _____, CEP : _____

Idade _____, peso _____, altura _____, IMC _____,

Co-morbidades (doenças associadas à obesidade) _____

abaixo assinado, **DECLARO** ser de minha livre e esclarecida vontade a realização do procedimento endoscópico _____,

que será realizada pelo(a) Dr(a) _____

e sua equipe.



Sociedade Brasileira de
Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Declaro que fui informado(a) por meu médico que o tratamento ao qual vou me submeter necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar pelo resto da minha vida, com a equipe de meu médico ou de outro serviço de saúde, porque a **OBESIDADE** é uma doença crônica (não tem cura, somente controle). A realização correta e eficaz do procedimento endoscópico indicado não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

Declaro ter sido informado(a) que o sucesso dos objetivos do procedimento dependem de minhas reações orgânicas, características anatômicas e de minha participação no tratamento, seguindo de forma disciplinada as prescrições e orientações médicas, antes, durante e após a realização do procedimento endoscópico. Fui informado(a) por meu médico que embora sejam utilizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências (fatos adversos) poderão ocorrer, portanto, existem riscos e, não existe garantia de resultado. Os riscos e as necessárias mudanças de hábitos, foram devidamente esclarecidos por meu médico durante as consultas que antecederam a assinatura do presente documento, respeitando-se assim, minha autonomia (vontade).

Declaro ter sido informado(a) pelo meu médico, que a compreensão e aceitação de meus familiares quanto aos riscos e mudanças de hábitos inerentes a um procedimento endoscópico são necessários, portanto, ao final, meu familiar

_____,
cujo grau de parentesco é _____, assina o presente termo em conjunto, declarando estar esclarecido(a), concordando e apoiando minha decisão.

Declaro ter sido informado(a) e estar ciente que para realizar um procedimento endoscópico é necessário a aplicação de anestésico, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do Médico Anestesiologista, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender meu

procedimento em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco do procedimento.

Declaro ter recebido as informações das condutas pré-procedimento e pós-procedimento, tendo lido atentamente, compreendido, estando de acordo com as mesmas, portanto, comprometendo-me a segui-las conforme orientação de meu médico.

Declaro que fui informado(a) por meu médico sobre alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico.

Declaro ter sido informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre as contra-indicações, riscos, complicações e via de acesso do procedimento endoscópico indicado de acordo com meu quadro clínico.

Declaro ter sido informado(a) que se trata de método provisório, portanto, o balão deverá ser retirado no prazo máximo de seis meses (Orbera) ou doze meses (Spatz).

Declaro estar ciente que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes ao procedimento endoscópico, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas.

BALÃO INTRAGÁSTRICO: colocação de um balão intragástrico com cerca de 500 a 700 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos **INDICAÇÃO:** adjuvante do tratamento de perda de peso, no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida. **CONTRA-INDICAÇÕES:** hérnia hiatal maior que 3cm; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e ângiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória Intestinal, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.



Sociedade Brasileira de
Cirurgia Bariátrica e Metabólica

COMPLICAÇÕES: aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do Balão.

VIA DE ACESSO: endoscópica.

Declaro que meu médico entregou esse TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO com _____ dias antes da data agendada para realização de meu procedimento, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares.

Declaro que após atenta leitura é de minha vontade autorizar a realização do intervenção endoscópica, estando plenamente esclarecido(a) dos benefícios e dos riscos do procedimento indicado.

Declaro por derradeiro que fui devidamente informado que poderá haver a suspensão colocação do balão intragástrico em razão de variantes que possam surgir no momento do procedimento; variantes essas, que não são possíveis de serem detectadas na avaliação pré-colocação, como por exemplo, febre, jejum inadequado, complicações anestésicas, variações anatômicas, etc.

São Leopoldo, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do familiar