	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-735 Data de Publicação: 03.11.2023 Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página:1/3
	INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE REMOÇÃO DE BANDA GÁSTRICA	

Nome-Sobrenome do Paciente:

Data de Nascimento:

Nº do Protocolo:

Data/Hora:

INFORMAÇÕES GERAIS

Na cirurgia de gastroplastia com faixa vertical, ou pelo nome coloquialmente conhecido como método de grampeamento do estômago, uma faixa feita de silicone é colocada ao redor do estômago a partir de aproximadamente 20 mm abaixo da junção dos esôfagos até mach. A parede interna da banda é como um balão itudinal, ou um pneu de bicicleta. Este balão está conectado a um porto em Dunderthesk através de um tubo fino. A banda fica desinflada durante a cirurgia, mas é gradualmente inflada com injeções de soro a partir da porta sob a pele após cerca de 1 mês. o tamanho do trânsito gástrico pode ser alterado através de simples intervenção após a cirurgia desta forma. Na cirurgia, primeiramente, a cápsula é aberta do tecido conjuntivo que circunda a faixa, são cortados os pontos que fixam a faixa ao estômago, se houver, e é removido ao redor do estômago, a porta sob a pele é removida entrando-a através da mesma incisão do procedimento laparoscópico na maioria das vezes após seu término.

Benefícios esperados do procedimento:

Seu médico irá informá-lo sobre os benefícios esperados do procedimento.

Consequências que podem ser encontradas se a operação não for realizada:

Suas reclamações atuais continuarão.

Alternativas ao procedimento, se houver:

- Nenhuma remoção ou redução de qualquer parte do estômago está sendo realizada.
- Pode ser realizado por laparoscopia
- Pode ser totalmente revertido se necessário.
- É um método ajustável.

Riscos e complicações do procedimento:


Complicações Gerais:

- Algumas áreas pulmonares podem fechar. E isso aumenta o risco de infecção pulmonar. Tratamentos respiratórios e antibióticos podem ser necessários.
- Podem ocorrer coágulos nas veias das pernas, acompanhados de dor e inchaço. Um pedaço deste coágulo pode romper-se e atingir os pulmões e pode ser fatal, mas isto é raro.
- Um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral pode ocorrer devido à sobrecarga no coração.
- Podem ocorrer mortes relacionadas à cirurgia.
- Existe risco de trombose (formação de coágulos intravasculares) devido a feridas e infecções pulmonares.

Pacientes obesos e/ou fumantes apresentam risco aumentado de infecções de feridas e pulmões, complicações cardíacas e pulmonares e trombose.

Complicações do procedimento:

- Nenhuma remoção ou redução de qualquer parte do estômago está sendo realizada.

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-735 Data de Publicação: 03.11.2023 Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página:2/3
	INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE REMOÇÃO DE BANDA GÁSTRICA	

- Pode ser realizada por laparoscopia.
- Pode ser totalmente revertido se necessário.
- É um método ajustável.

Tempo estimado do procedimento:

O tempo estimado do procedimento é de 1 hora.

Possíveis efeitos nocivos dos medicamentos a serem utilizados e pontos a serem considerados:

Use os medicamentos recomendados pelo seu médico de acordo com as instruções de uso. O seu médico irá informá-lo sobre os possíveis efeitos nocivos dos medicamentos e o que deve ser considerado.

Considerações que o paciente deve prestar atenção antes e depois do procedimento:

Seu médico irá informá-lo sobre os pontos que você precisa prestar atenção antes e depois do procedimento.

Problemas que podem ocorrer se o paciente não prestar atenção às questões que devem ser seguidas:

O seu médico irá informá-lo sobre os problemas que você pode enfrentar se você não prestar atenção às considerações que devem ser seguidas.

Como obter ajuda médica sobre o mesmo assunto, se necessário:

Não aceitar o tratamento/cirurgia é uma decisão que você tomará por sua própria vontade. Você pode se inscrever novamente pessoalmente em nossos hospitais/hospitais que podem realizar o tratamento/cirurgia em questão, caso mude de ideia. Número de telefone: 0282 726 05 55

Pesquisa médica: Dou meu consentimento para a revisão das informações clínicas de meus registros médicos para o avanço de estudos médicos, pesquisas médicas e educação médica, desde que as regras de confidencialidade do paciente contidas na regulamentação de direitos do paciente sejam cumpridas. Dou meu consentimento para que os resultados da pesquisa sejam publicados na literatura médica, desde que proteja a confidencialidade do paciente. Estou ciente de que posso me recusar a participar de tal estudo e que esta recusa não afetará meu tratamento de forma negativa.

Informações pessoais

.....

Medicamentos usados:

Tempo de sangramento:

Alergia:


Outras Doenças:

Nome e Sobrenome do Paciente:.....Assinatura:..... Data/Hora:.....

Nome do Médico Sobrenome:.....Assinatura:..... Data/Hora:.....

Fotografia / Visualizadores:

Consinto com a fotografia ou gravação de vídeo do procedimento, incluindo partes apropriadas do meu corpo, para fins científicos, médicos ou educacionais, desde que as imagens não revelem a minha identidade. Também aprovo a admissão de observadores qualificados na sala de cirurgia durante a

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-735 Data de Publicação: 03.11.2023 Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página:3/3
	INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE REMOÇÃO DE BANDA GÁSTRICA	

cirurgia, no interesse de melhorar a educação médica. Li e compreendi o conteúdo do termo de consentimento informado. Todos os espaços em branco deste formulário foram preenchidos antes de eu assiná-lo e fazer uma cópia.

Consentimento Informado:

Entendo que a prática médica não é uma ciência exata e nenhuma garantia pode ser dada quanto ao resultado ou tratamento. No documento de consentimento e na reunião com os médicos, recebi informações detalhadas sobre minha condição, procedimento e riscos a serem aplicados e opções de tratamento. Declaramos estar cientes da nossa responsabilidade neste sentido e que aceitamos e aprovamos a operação sem qualquer violência, sugestão, pressão material ou moral.

Radiografia, escopia, ultrassonografia, cintilografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética etc. durante as intervenções. que pode ser necessário usar dispositivos médicos; Sei que posso estar exposto a raios que podem causar efeitos adversos à minha saúde em alguns desses dispositivos/aplicações, aprovo o uso desses dispositivos médicos, se necessário

Sei que uma situação diferente, que não tenha sido vivida antes, poderá surgir muito raramente durante o processo e, neste caso, dou permissão e aprovação à equipe que executará o processo para tomar as iniciativas que julgar apropriadas.

Assino este formulário conscientemente, sem qualquer explicação adicional, sem qualquer pressão.

Nome do Paciente Sobrenome:

Data/Hora:

Assinatura:

ou

Responsável pelo Paciente/ Recente

Data/Hora:

Nome Sobrenome:

Assinatura:

(Proximidade.....)

Foram dadas explicações suficientes e satisfatórias ao paciente/familiar do paciente cujo nome está escrito acima, sobre a doença, a intervenção a ser realizada, o motivo e os benefícios desta intervenção, os cuidados necessários após a intervenção, os riscos esperados, o tipo de anestesia a ser aplicada para a intervenção, se necessário, e os riscos e complicações da anestesia. O paciente/familiar do paciente leu e assinou este formulário com seu próprio consentimento, confirmando que foi suficientemente esclarecido para sua inscrição.

Nome do Médico Sobrenome:

Data/Hora:

Assinatura: