

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

DECLARO Que o Doutor:

Nome: _____

CRM n.º: _____, Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

Ser conveniente e indicado proceder a LAPAROTOMIA EXPLORADORA em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado.

A Cirurgia cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

Esclareceu-me que:

1. A laparotomia requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
2. A laparotomia só pode ser realizada por via abdominal.
3. A intervenção consiste em abertura da cavidade abdominal e revisão dos órgãos abdominais e pélvicos. Segundo o achado cirúrgico, se fará ou não biópsia intra-operatória.
4. Dependendo do resultado desta, se decidirá o tipo de intervenção, que poderá ser:
 - Extirpação do útero, trompas, ovários, cadeias ganglionares, assim como outras estruturas que estejam indicadas (apêndice, epiplon, etc.).
 - Cirurgia redutora.
 - A cirurgia poderá ficar somente reduzida a uma biópsia.
 - Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
 - Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Fui informada também que:

A Laparotomia Exploradora não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas);
- Hemorragias podendo ser necessária à transfusão de sangue (hemocomponentes) intra ou pós-operatória. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre,

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

- Lesões vesicais e/ou uretais;
- Lesões intestinais;
- Fístulas;
- Toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos, bem como um risco, embora mínimo, é passível de ocorrer, que é a morte em decorrência da cirurgia.

A não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Estou ciente que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **LAPAROTOMIA EXPLORADORA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **LAPAROTOMIA EXPLORADORA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável