

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA OBESIDADE – BALÃO INTRAGÁSTRICO

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 _____, Idade _____, peso _____, altura _____, IMC _____, comorbidades (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) João de Siqueira Neto e sua equipe

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 depende 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 medicações anestésicas, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade do médico endoscopista e/ou do médico anestesista, 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 contraindicações, 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.

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 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 e em pacientes com IMC>27 Kg/m² sem sucesso mantido com tratamento clínico. **CONTRA-INDICAÇÕES:** hérnia hiatal maior que 5cm; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e angiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção prévia; doença inflamatória Intestinal, álcool ou drogas e transtornos psíquicos. **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 da 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.

Serra - ES, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura e Carimbo do médico

Assinatura do familiar

Testemunha

Código Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 34.** É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando em comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39.** É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.