

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIAS ABDOMINAIS (GERAL)

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG/CPF: _____

Responsável (se aplicável): _____

1. Identificação do Procedimento

O(a) paciente será submetido(a) a procedimento cirúrgico em abdome, de acordo com a patologia apresentada. O objetivo é tratar a doença identificada e melhorar sua condição clínica.

CIRURGIA: _____

2. Benefícios Esperados

Espera-se com a cirurgia a melhora dos sintomas, prevenção de complicações e, quando possível, a cura da doença.

3. Riscos e Complicações Possíveis

Como todo procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações. De acordo com a literatura médica, os principais riscos associados a cirurgias abdominais incluem:

- Infecção de ferida operatória: 2-5%
- Hematoma/seroma de ferida: 1-3%
- Atelectasia: 8-15%
- Pneumonia: 2-5%
- Infecção urinária: 2-5%
- Dor pós-operatória significativa: 10-30%
- Hérnia incisional: 5-15%
- Deiscência de anastomose intestinal: 2-6% (com mortalidade associada em alguns casos).

Tais complicações variam conforme doença de base, técnica cirúrgica utilizada e condições clínicas do(a) paciente.

4. Alternativas ao Procedimento

As alternativas variam conforme a patologia, podendo incluir tratamento clínico, observação ou acompanhamento expectante. Entretanto, algumas doenças abdominais só têm resolução adequada por meio de cirurgia.

5. Esclarecimentos ao Paciente

O(a) paciente declara que foi devidamente informado(a) sobre a natureza da cirurgia, os benefícios esperados, os riscos envolvidos e as alternativas existentes. Declara ainda que teve oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de forma clara e suficiente. Autorizo a equipe médica a realizar os procedimentos necessários durante a cirurgia, incluindo transfusão de sangue, se necessária, e ajustes técnicos conforme achados intraoperatórios.

6. Autorização para Uso de Dados e Imagens (opcional)

Autorizo o uso de imagens e dados clínicos do procedimento para fins científicos e didáticos, desde que minha identidade seja preservada. (☐) SIM (☐) NÃO

Local e Data: _____

Assinatura do Paciente/Responsável: _____

Assinatura do Médico: _____ CRM: _____

Testemunha 1 (Nome e RG): _____ Assinatura: _____

Testemunha 2 (Nome e RG): _____ Assinatura: _____