

## Consentimento Informado – OBESIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ idade, \_\_\_\_\_ sexo, \_\_\_\_\_  
Identidade n°: \_\_\_\_\_ Órgão expeditor: \_\_\_\_\_, abaixo assinado ou sob a  
responsabilidade de seu parente próximo, abaixo identificado, declaro ter lido ou ouvido o presente termo de  
consentimento que lhe informa esta ciente do seguinte:

- a) Que vai ser submetido à procedimento cirúrgico pela técnica da **gastroplastia vertical com anel e derivação em Y de Roux (Cirurgia de Fobi-Capella)**, para tratamento da obesidade mórbida refratária a tratamento clínico, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica.
- b) Que estou ciente que a operação apresenta de uma maneira geral resultados satisfatórios de perdas de até 50% do excesso do meu peso e que isso ocorre freqüentemente no primeiro ano de pós-operatório, mas que não existe garantia total desse resultado.
- c) Que sei da grande melhora que irá acontecer em doenças que tenho associada à obesidade como: diabetes, hipertensão, dislipidemia, apnéia do sono e dores articulares, além de outras.
- d) Que a técnica cirúrgica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo cirurgião, bem como outras alternativas para tratamento das hemorróidas.
- e) Que a necessidade de minha cooperação com o tratamento fazendo alterações no meu hábito de vida tais como, comer pequenas quantidades, não tomar líquidos em abundância durante a refeição, não comer alimentos ou tomar bebidas hipercalóricas e praticar atividades físicas com freqüência se faz necessária.
- f) Que me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos que o procedimento cirúrgico acarreta: atelectasia pulmonar, derrame pleural, pneumonias, edema agudo de pulmão, embolia pulmonar, síndrome do angústia respiratório do adulto, infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, trombose venosa periférica (membros superiores e inferiores), acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda, fístulas gástricas, flebites, infecções urinárias, hérnias incisionais, obstrução intestinal, seromas, risco anestésico-cirúrgico aumentado e óbito. Podem suceder náuseas e vômitos persistentes. A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de 10% e a mortalidade entre 0,5 e 2%.
- g) Que riscos não previstos podem ocorrer, tais como complicações clínicas secundárias ou não à comorbidades pré-existentes.
- h) Que compreendo o que foi exposto acima e que realmente desejo ser submetido à esse tratamento.
- i) Meu peso atual é de \_\_\_\_\_Kg, minha altura é \_\_\_\_\_metros e meu índice de massa corpórea (IMC) é \_\_\_\_\_Kg/m<sup>2</sup>.
- j) Dejejejo realizar meu procedimento cirúrgico no Hospital:\_\_\_\_\_.

Ass.:\_\_\_\_\_.

Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Testemunha:

Nome:\_\_\_\_\_.

Identidade n°:\_\_\_\_\_.

Ass.:\_\_\_\_\_.