

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BALÃO INTRAGÁSTRICO

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Gastro-Hepato Endoscopia.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico(a) por mim escolhido, Dr(a) _______, as informações pertinentes ao tratamento da obesidade com o BALÃO INTRAGÁSTRICO.

PROCEDIMENTO: 1) Todo tratamento de Obesidade é baseado num programa multidisciplinar de tratamento com profissionais da área como: médico, nutricionista e psicólogo. 2) Para um resultado eficaz, é necessário que o paciente se submeta integralmente à atuação destes profissionais sendo que, a não adesão a um dos componentes do programa, pode resultar em falha do tratamento. 3) O Balão Intragástrico é um balão confeccionado em silicone, introduzido vazio no interior do estômago. Esta introdução é acompanhada por endoscopia, com o paciente em sedação profunda. Em seguida, o balão é insuflado com ar, até alcançar o volume desejado. 4) O Balão Intragástrico é implantado e destina-se a uma duração temporária máxima de 06 (seis) meses a 01 (um) ano, a depender da marca. A utilização superior a este prazo isenta de qualquer responsabilidade o fabricante e o médico. 5) O Balão Intragástrico, por ocupar o interior do estômago, tem a função de restringir a sua capacidade, diminuindo desta forma a capacidade de receber alimentos. 6) Da mesma forma, o Balão Intragástrico aumenta a sensação de saciedade, diminuindo, por conseguinte, a compulsividade à ingestão de alimentos. 7) Caso o paciente ingira um volume alimentar exagerado, o Balão Intragástrico é empurrado de encontro ao piloro (saída do estômago, em direção ao intestino), obstruindo o mesmo e causando vômitos copiosos. Este fato é, de certa forma, desejável pois é a maneira pela qual o balão propicia um reflexo negativo a compulsão alimentar, embora deva ser evitado.

As suas informações clínicas e resultados obtidos no procedimento realizado, assim como imagens obtidas, poderão ser utilizados para fins de pesquisa científica, com dados apresentados em congressos e revistas médicas, contribuindo para o avanço do conhecimento médico. Em nenhuma hipótese sua identidade será revelada, estando a equipe com compromisso, com sigilo das informações e seguindo guia das boas práticas clínicas.

Autorizo que minhas informações sejam utilizados para fins científicos e publicações: () Sim () Não.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: 08) Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. 09) Nos primeiros dias da colocação do balão poderão ocorrer vômitos, de intensidade e frequência variáveis, acompanhados de sensação de mal-estar. Esses sintomas são considerados normais e geralmente melhoram com a utilização de antieméticos e outras medicações, recomendadas pelo médico. Contudo, há casos excepcionais, em que o paciente pode apresentar o quadro descrito acima, de intensidade exagerada, podendo exigir a retirada do balão. 10) Em casos raros pode ocorrer esvaziamento do balão, com sua consequente desinsuflação. Este fato pode permitir a progressão do balão em direção aos intestinos, podendo ocorrer quadro clínico de obstrução intestinal, necessitando às vezes cirurgia para desobstrução.11) Dentre os riscos no procedimento estes são mínimos, se incluem: flebite ou equimose, devido a punção venosa; desconforto na garganta; dor leve ou distensão abdominal; leve hipertermia. O sangramento ou perfuração são complicações pouco frequentes.12) No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ORIENTAÇÕES PÓS PROCEDIMENTO: 13) Imediatamente à colocação do balão o paciente deve submeter-se ao tratamento com o nutricionista, por um período de seis meses, que se constitui em reeducação alimentar onde o paciente aprenderá a alimentar-se adequadamente e de forma sadia, evitando as dificuldades impostas pelo balão. 14)

CÓD-IMGH-632 Versão 07 – Pág. 1/2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BALÃO INTRAGÁSTRICO

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG №:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Conjuntamente, inicia-se o acompanhamento psicológico, também por seis meses, que tem por objetivo principal detectar e tratar as ansiedades inerentes ao paciente obeso. 15) Após o início da perda de peso o paciente é estimulado a participar de um programa de atividades físicas com o intuito de facilitar a perda de peso e melhorar a sua condição cardiorrespiratória. 16) A perda de peso poderá ser maior quanto maior for a adesão do paciente ao programa. 17) Após 06 (seis) meses a 01 (um) ano, é feita a retirada do balão, por via endoscópica e sob sedação. Isto se deve ao fato de que o paciente já deverá estar adaptado a nova situação e também pelo fato do balão poder começar a apresentar sinais de deterioração sofrida pela acidez gástrica. 18) Caso o paciente não suporte o balão por motivos de enjoos, vômitos ou qualquer outro que caracteriza intolerância pelo paciente, não será possível a devolução do custo do balão e, a colocação de um novo balão, sem ônus. 19) Caso o paciente não consiga perder peso, em 06 (seis) meses a 01 (um) ano, como referido no item 12, não será considerado como falha de tratamento.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

comuns RISCOS E COMPLICAÇOES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.
() Paciente
Assinatura:
Salvador/BA,//
() Responsável
Nome:
Identidade nº: Grau de Parentesco:
Assinatura:
Salvador/BA,/
Declaração do Médico Responsável
CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.
Assinatura sobre carimbo do médico:
Salvador/BA,/

CÓD-IMGH-632 Versão 07 – Pág. 2/2