



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”**

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM OU SEM  
COLANGIOGRAFIA**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do(s) procedimento cirúrgico designado “**COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA**”.

- **Definição:** Colecistectomia Laparoscópica com ou sem Colangiografia consiste na retirada da vesícula biliar, sendo indicada para tratamento de casos como: inflamação crônica ou aguda da vesícula biliar, cálculos (pedras) em vesícula biliar, pacientes que tiveram pancreatite (inflamação do pâncreas) biliar, causada pelo deslocamento das pedras para o colédoco (canal da bile).

A cirurgia pode ser feita por Vídeolaparoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte).

- **Principais Complicações:** necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula ou cálculos em colédoco; lesão do colédoco (canal da bile); infecções; lesão de outros órgãos, principalmente intestinos; hemorragias; trombose venosa profunda; embolia pulmonar.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”**

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA**

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_