



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)**

DUODENOPANCREATECOMIA

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 “**DUODENOPANCREATECOMIA**”.

- **Definição:** Duodenopancreatectomia consiste na retirada da cabeça do pâncreas e todo o duodeno, colédoco distal (canal que drena a bile produzida pelo fígado), pode ou não retirar parte do estômago. Ressecção da vesícula biliar.

O procedimento é indicado no caso de tumores malignos periampolares, que são os tumores da cabeça do pâncreas, colédoco distal papila e duodeno.

Pode haver necessidade de confeccionar jejunostomia para alimentação temporária.

- **Principais Complicações:** fistula biliar (vazamento da sutura), fistula pancreática, fistula gástrica-jejunal, risco de jejunostomia soltar-se da parede abdominal, causando vazamento do líquido intestinal, infecção, peritonite, hérnia incisional, infecção da ferida operatória, hemorragias, septicemia (infecção atinge todo organismo), trombose venosa profunda, embolia pulmonar, óbito.

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.

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.



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)**

DUODENOPANCREATECOMIA

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: _____