



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 (Resolu-
ção CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**

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 “**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**”.

- **Definição:** A doença do Refluxo Gastro-esofágico acontece quando o ácido ou alimento do estômago volta para o esôfago, garganta ou boca.

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

Principais indicações do tratamento cirúrgico: tempo de evolução da doença, intensidade dos sintomas, tratamento clínico sem resposta, complicações da doença: inflamação severa do esôfago, com estenose ou alterações da mucosa do órgão (esôfago de Barrett).

- **Principais Complicações:** necessidade de conversão para cirurgia aberta (cirurgia com corte), formação de hérnia no local das incisões, perfuração do estômago ou esôfago, dificuldade para engolir alimentos, lesão do baço, plenitude abdominal (inchaço no estômago) após alimentação, recidiva da doença, obrigando a realização de nova cirurgia, complicações sistêmicas (trombose venosa profunda, embolia pulmonar, pneumotórax), infecções.

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 contactar 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 (Resolu-
ção CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**

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: _____