

## Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e a sua equipe, a realizar em mim o procedimento “colecistectomia videolaparoscópica” para o tratamento da colecistite.

Estou ciente que sou portador (a) de outras condições médicas:

\_\_\_\_\_.

Fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos, que incluem: necessidade de conversão para a operação aberta (laparotomia ou corte maior), hérnia, infecção, sangramento, perfuração de vísceras, lesão da via biliar principal (colédoco), risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos e risco de vida, entre outros.

Declaro que recebi e li o manual “**Orientação para Pacientes com Cálculo (Pedra) da Vesícula**” do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação, a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Local e data

Paciente: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_