

## Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e sua equipe, a realizar em mim o procedimento “tratamento videolaparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico” para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico.

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

\_\_\_\_\_

Fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos, que incluem: perfuração de vísceras, disfagia (dificuldade para engolir), retenção de gases, hérnia, infecção, sangramento, pneumotórax, necessidade de conversão para a operação aberta (laparotomia ou corte maior), não cura ou recidiva da minha doença (doença do refluxo gastroesofágico), risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos, risco de vida, entre outros.

Declaro que recebi e li o manual “**Orientação para Pacientes com Doença do Refluxo Gastroesofágico**” 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 \_\_\_\_\_