



**Gava Mendes**

*Clínica Médica*

*Dr. João Marcos Rezende Mendes*

*Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)*

*Especialista e Titular pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)*

*Especialista em Cirurgia Geral pela Associação Médica Brasileira (AMB)*

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **- BALÃO INTRAGÁSTRICO -**

**DUAS FOLHAS – Para a implantação e retirada do balão.**

Eu, \_\_\_\_\_

Portador(a) de CPF/RG sob nº \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

peso \_\_\_\_\_, altura \_\_\_\_\_, IMC \_\_\_\_\_, abaixo assinado, DECLARO ser de minha livre e esclarecida vontade a realização do procedimento endoscópico de BALÃO INTRAGÁSTRICO (BI), que será realizada pela equipe do Dr. João Marcos R. Mendes.

Declaro que fui informado(a) por meu médico que o tratamento ao qual vou me submeter necessita de acompanhamento contínuo com equipe multidisciplinar (Nutricionista, Psicólogo, Educador Físico), porque a **obesidade** é uma doença crônica (necessitando de controle contínuo) e o balão intragástrico é um dispositivo auxiliar para tal fim. A realização correta e eficaz do procedimento endoscópico indicado não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento.

Declaro ter sido informado(a) que o sucesso dos objetivos do procedimento dependem de minhas reações orgânicas, características anatômicas e de minha participação no tratamento, seguindo de forma disciplinada as prescrições e orientações, antes, durante e após a realização do procedimento endoscópico. Fui informado(a) por meu médico que embora sejam utilizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências (fatos adversos) poderão ocorrer, portanto, existem riscos e, não existe garantia de resultado. Os riscos e as necessárias mudanças de hábitos foram devidamente esclarecidos por meu médico durante as consultas que antecederam a assinatura do presente documento, respeitando-se assim, minha autonomia (vontade).

Declaro ter sido informado(a) e estar ciente que para realizar um procedimento endoscópico é necessário a aplicação de anestésico, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade do Médico Assistente / anestesista, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender meu procedimento em caso de intercorrências (fatos adversos) por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco do procedimento. Declaro ter recebido as informações das condutas pré-procedimento e pós-procedimento, tendo lido atentamente, compreendido, estando de acordo com as mesmas, portanto, comprometendo-me a segui-las conforme orientação de meu médico. Declaro que fui informado(a) por meu médico sobre alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico. Declaro ter sido informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre as contra-indicações, riscos, complicações e via de acesso do procedimento endoscópico indicado de acordo com meu quadro clínico. Inclusive, orientações sobre as alternativas ao tratamento em questão.

Declaro ter sido informado(a) que se trata de método provisório, portanto, o BI deverá ser **retirado no prazo máximo de seis ou doze meses (na dependência de qual tipo de balão for implantado)**. Declaro estar ciente que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes ao procedimento endoscópico, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas.

**O balão intragástrico tem** cerca de 400 a 700 ml de líquido, com Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos (até 50%).

Assinar: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**Gava Mendes**

*Clínica Médica*

**Dr. João Marcos Rezende Mendes**

*Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)*

*Especialista e Titular pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)*

*Especialista em Cirurgia Geral pela Associação Médica Brasileira (AMB)*

**COMPLICAÇÕES:** aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis (que não cessam); úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão, havendo necessidade de cirurgia; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do Balão, desnutrição e suas complicações, etc.

Sei que muito raramente podem acontecer complicações relacionadas à sedação ou ao líquido de anestesia local, como dor ou inflamação no local da injeção, alergias ou ainda problemas cardio-respiratórios relacionadas aos medicamentos usados. Portanto, informei a equipe médica se sou alérgico(a) a medicamentos, e se utilizo anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, antiinflamatórios ou outros remédios que podem interferir no exame.

Sei que após o exame poderei sentir náuseas, vômitos, cólicas, dor abdominal e/ou estufamento sintomas que deverão melhorar espontaneamente, e que poderei fazer contato com a equipe médica se houver dor intensa ou se tiver outros sintomas que necessitem atendimento médico. Salientamos que nas primeiras 72 horas após a colocação do balão o paciente com frequência sente mal-estar gástrico pela presença do balão, que é um corpo estranho dentro do estômago, com adaptação gradual do organismo em poucos dias. Mesmo assim, pode haver intolerância da presença do balão, a tal ponto que seja necessário internação hospitalar para hidratação venosa e uso de remédios intra venosos para os sintomas ou até mesmo a retirada precoce do balão, dependendo da tolerância de cada paciente.

Compreendi que devo **estar acompanhado(a)** para voltar para casa após o procedimento, e que **não** estarei apto(a) para **dirigir veículos, operar máquinas perigosas ou realizar trabalhos** que exijam lucidez durante cerca de 12 horas, e que somente serei liberado(a) pela equipe médica quando estiver em boas condições clínicas. Fui ainda alertado(a) para a possibilidade de não lembrar parcial ou totalmente do que ocorreu após a sedação, devendo portanto evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.

Sei que, apesar destes riscos, este procedimento representa uma boa opção para o meu diagnóstico e/ou tratamento, e que a equipe médica estará se empenhando em tornar o procedimento o mais seguro e confortável para mim.

Sei ainda que posso me recusar a ser submetido(a) ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes do procedimento ser realizado.

Declaro que meu médico entregou esse TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO com antecedência a data agendada para realização de meu procedimento, para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares e com a equipe médica.

Declaro que após atenta leitura é de minha vontade autorizar a realização da intervenção endoscópica, estando plenamente esclarecido(a) dos benefícios e dos riscos do procedimento indicado.

Declaro que fui devidamente informado que poderá haver a suspensão da colocação do balão intragástrico em razão de variantes que possam surgir no momento do procedimento, como por exemplo, febre, jejum inadequado, complicações anestésicas, variações anatômicas, etc.

Comprometo-me a comunicar imediatamente ao meu médico e/ou equipe se detectar a coloração azul-esverdeada na urina ou nas fezes, para que seja retirado o balão, tendo ciência de que esta mudança de coloração é decorrente da perfuração do balão e derramamento do azul de metileno misturado à solução salina usada no preenchimento BI.

Petrópolis \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_