

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
CIRURGIA: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DIÁSTASE DO RETOABDOMINAL

Por este instrumento particular, o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, **Dr. Mackson Martins Rocha**, inscrito no CRM-SP sob o nº 132900, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DIÁSTASE DO RETOABDOMINAL”** e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Descrição do procedimento

Fui informado(a) de que apresento **diástase dos músculos retos abdominais**, condição em que há afastamento entre os músculos da parede anterior do abdome, podendo causar abaulamento, dor, fraqueza muscular, alterações estéticas e, em alguns casos, hérnias associadas.

O tratamento indicado é a **correção cirúrgica (plicatura dos músculos retos abdominais)**, podendo ser realizada por uma das seguintes técnicas, conforme avaliação médica:

- **Laparoscópica (técnica de Scola)** – realizada por pequenas incisões, com auxílio de câmera e instrumentos, podendo incluir o uso de **tela de polipropileno leve** para reforço da parede abdominal.
- **Miniaberta ou aberta** – realizada por incisão maior na parede abdominal, com a mesma finalidade de aproximação muscular e reforço com ou sem tela.

Durante o procedimento, poderá ser colocado **dreno de sucção (como Blake, PortoVac ou similar)** para evitar acúmulo de líquidos no pós-operatório.

Objetivos do tratamento

- Reforçar a parede abdominal.
- Reduzir o abaulamento causado pela diástase.

- Restaurar a função muscular e melhorar o contorno do abdome.
- Tratar hérnias associadas, se presentes.

Riscos e possíveis complicações

Fui informado(a) de que, embora o objetivo seja a melhora funcional e estética, podem ocorrer complicações, tais como:

- **Seroma** (acúmulo de líquido sob a pele).
- **Hematoma** (acúmulo de sangue).
- **Infecção da ferida ou da tela implantada.**
- **Dor prolongada** ou alteração de sensibilidade local.
- **Abertura parcial dos pontos internos (deiscência).**
- **Recidiva da diástase** ou da hérnia.
- **Reação alérgica a medicamentos, anestésicos ou materiais.**
- **Necessidade de reoperação**, em casos de complicação ou falha de correção.
- **Complicações anestésicas**, inerentes ao ato cirúrgico.

Alternativas possíveis

- Tratamento **não cirúrgico** com **fisioterapia ou fortalecimento abdominal**, indicado apenas em casos leves, com resultados limitados.
- **Cirurgia sem uso de tela**, quando tecnicamente viável, com maior risco de recidiva.



Declaração do paciente

Declaro que:

- Recebi explicações claras sobre o diagnóstico, tratamento, riscos e alternativas.
- Fui esclarecido(a) sobre a possibilidade de uso de **tela cirúrgica de polipropileno leve e dreno de sucção**.
- Sei que o resultado estético pode variar conforme características pessoais (peso, pele, cicatrização).
- Autorizo a realização do procedimento indicado e o uso dos materiais necessários, inclusive tela cirúrgica e dreno, conforme julgamento da equipe médica.

Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Pirassununga/SP _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.