

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E COLONOSCOPIA	CAP 064
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA e COLONOSCOPIA.

A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ou esôfago-gastro-duodenoscopia) consiste na introdução de um aparelho pela boca até o estômago e duodeno, e a COLONOSCOPIA é a introdução de um aparelho a partir do ânus pelo intestino grosso. Para realização de qualquer destes procedimentos o médico poderá utilizar anestesia local (spray de anestésico na garganta) e/ou sedação endovenosa para tornar confortável o procedimento. Posso optar por não receber sedação endovenosa, mas estou ciente de que o exame tem grandes chances de não ser bem tolerado por mim, e pode haver necessidade de repeti-lo sob sedação para ser realizado de forma adequada. Pode ser que seja necessário retirar durante o exame um pequeno fragmento (BIÓPSIA) para realização de exame complementar, e por esse motivo o resultado do exame pode demorar alguns dias. Quando forem encontrados pólipos (que são lesões no interior do estômago, esôfago ou intestinos) poderá ser realizada retirada deles com equipamento específico. Este procedimento é chamado POLIPECTOMIA. Pode ser necessária dilatação desses órgãos com equipamento específico para isso, em casos especiais.

A POLIPECTOMIA E A DILATAÇÃO são procedimentos cirúrgicos endoscópicos que compreendem risco bastante baixo de perfuração do órgão. Apesar de ser um risco pequeno, a gravidade é muito importante, e por esse motivo devo entrar em contato com o médico do SERVIÇO DE ENDOSCOPIA onde realizei o exame, ou com o meu médico o mais breve possível caso haja qualquer dúvida, dor ou desconforto importante mantida após o exame. Complicações relativas aos procedimentos, como sangramento, infecção, complicações cardíaco-pulmonares, incluindo aspiração do conteúdo gástrico para o pulmão, ritmo cardíaco anormal e depressão da função respiratória podem ocorrer, apesar de todos os cuidados e prevenção utilizados. Pode ser necessário tratamento especializado para isso. Complicações locais após administração de medicações endovenosas para anestesia podem ocorrer, tais como hematomas (manchas roxas na pele), flebite (endurecimento e eventualmente dor na veia que foi puncionada). Pode ser necessário tratamento especializado para isso. Outras complicações menos frequentes podem ocorrer, além das mencionadas acima. No entanto, por serem tão raras não são habitualmente mencionadas para o paciente.

Devido à anatomia e à diferença de cada ser humano à resposta aos diversos tratamentos, não há como garantir que não haverá riscos ou complicações, conhecidas ou não, associadas a esse procedimento. Entendo, também, que como não há nenhum teste 100% capaz de encontrar lesões, há possibilidade, apesar de pequena, de falha desse exame, e podem ser necessários exames adicionais no futuro. O SERVIÇO DE ENDOSCOPIA dispõe de equipamentos e medicamentos para eventuais urgências. Todo equipamento utilizado é limpo e/ou esterilizado de acordo com as normas internacionais vigentes.

Sou responsável por informar ao médico sobre tratamentos que venho realizando, uso atual de medicamentos, e eventuais alergias a produtos ou medicamentos que eu conheça. Devo responder ao questionário abaixo da maneira mais correta possível, de acordo com meus conhecimentos:

1. Uso medicação para dormir ou anti-depressivos SIM () NÃO () NÃO SEI () Quais? _____
2. Tenho asma ou bronquite SIM () NÃO () NÃO SEI ()
3. Tenho cirrose SIM () NÃO () NÃO SEI ()
4. Tenho pressão alta SIM () NÃO () NÃO SEI () Toma remédio para isso? Qual? _____
5. Estou usando remédio para estômago SIM () NÃO () Qual? _____
6. Estou tomando algum outro remédio que julgo importante mencionar: _____

Autorizo a divulgação do resultado deste exame diretamente para o médico que o solicitou ou para outro, cujo(s) nome(s) está(ao) a seguir:

Autorizo a permanência na sala de exame de outros médicos, enfermeiras ou outros profissionais que estejam em treinamento, para observar ou auxiliar nesse exame, de acordo com as instruções ou sob supervisão do médico responsável pelo exame. Autorizo o médico e o SERVIÇO DE ENDOSCOPIA a fotografar e/ou gravar meu exame e/ou procedimento, para que seja usado apenas para propósitos de estudo e pesquisa ou educação médica, ou para documentação em meu prontuário. Recebi as "INSTRUÇÕES APÓS EXAME". Li todas as instruções desse documento. Todas as questões me foram esclarecidas.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____