

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Endoscopia Digestiva Alta – Dilatação Esofágica**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Gastro-Hepato Endoscopia.

PROCEDIMENTO: é um exame indicado para diagnosticar e tratar doenças do Esôfago, Estômago e Duodeno através de um aparelho chamado vídeo endoscópio. Este é um aparelho flexível com iluminação que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame, desde o esôfago até o duodeno. Dilatação esofágica é um procedimento que permite ao médico dilatar, ou abrir, uma área estreitada do esôfago. Há várias técnicas que podem ser usadas com este propósito, realizada com auxílio direto da endoscopia, através de sondas dilatadoras ou balão pneumático passados através da boca para o esôfago.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos na endoscopia estes são mínimos, se incluem: flebite ou equimose devido a punção venosa, desconforto na garganta, dor leve ou distensão abdominal, leve hipertermia. O sangramento ou perfuração são complicações pouco frequentes. Perfuração do esôfago podem ocorrer em um pequeno percentual e requer cirurgia. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ORIENTAÇÃO PARA O EXAME: É de fundamental importância que o jejum seja respeitado no tempo solicitado (jejum absoluto de no mínimo 8 horas). Portanto, se tiver tido alguma dificuldade com o tempo de jejum solicitado, avise ao médico anestesiológico ou a equipe de enfermagem que irá lhe atender antes e durante o seu exame endoscópico.

A presença do acompanhante que deverá permanecer durante todo o tempo de realização do exame e deverá acompanhá-lo após o término.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

<input type="checkbox"/> Autorizo	<input type="checkbox"/> Não Autorizo
--	--

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

As suas informações clínicas e resultados obtidos no exame endoscópico realizado, assim como imagens obtidas, poderão ser utilizados para fins de pesquisa científica, com dados apresentados em congressos e revistas médicas, contribuindo para o avanço do conhecimento médico. Em nenhuma hipótese sua identidade será revelada, estando a equipe com compromisso, com sigilo das informações e seguindo guia das boas práticas clínicas.

Autorizo que minhas informações sejam utilizados para fins científicos e publicações: () Sim () Não.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Endoscopia Digestiva Alta – Dilatação Esofágica**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

PÓS EXAME: Orientado que não deve dirigir veículos automotores ou operar máquinas potencialmente perigosas no mínimo por 12 horas após o término do procedimento, devido aos efeitos residuais da medicação sedativa.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr (a). _____ e sua equipe, para executar o exame designado Endoscopia Digestiva Alta – Dilatação Esofágica e todos os procedimentos que se fizerem necessários.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) 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, declaro 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.

() **Paciente**

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

() **Responsável**

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Endoscopia Digestiva Alta – Dilatação Esofágica**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Salvador/BA, _____ / _____ / _____