

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Endoscopia e Colonoscopia

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.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a) por mim escolhido, Dr. (a) _____, as informações pertinentes aos exames Endoscopia e colonoscopia.

PROCEDIMENTO: Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um exame indicado para diagnosticar e tratar algumas das doenças mais comuns do sistema digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno), realizado sob sedação, através da introdução de um endoscópio flexível pela boca. Este é um longo e fino tubo, que possui uma câmera de alta resolução e uma fonte de luz própria, que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame. Endoscopia Digestiva Baixa (Colonoscopia) é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado), realizado sob sedação, através da introdução do colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Este é um longo e fino tubo, que possui uma câmera de alta resolução e uma fonte de luz própria, que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame. Durante este percurso o endoscopista pode visualizar alguns achados que necessitem de intervenção imediata através de procedimentos como:

- I. Biópsia - retirada de um ou mais fragmentos da mucosa ou de lesões;
- II. Polipectomia - retirada de pólipos;
- III. Mucosectomia - retirada de lesões, geralmente pólipos planos, após injeção de substâncias na submucosa);
- IV. Colocação de cliques, ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica - bisturi) visando o controle de eventual sangramento;
- V. Tratamento de Lesões Sangrantes (hemostasias), utilizando várias técnicas disponíveis, como: injeção de substâncias, colocação de cliques metálicos, alças plásticas "endo-loops"; coagulação com plasma de argônio.
- VI. Dilatação – técnica que é realizada com auxílio direto do aparelho de colonoscopia, valendo-se de balão pneumático passado pelo reto.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos na endoscopia e colonoscopia estes são mínimos: flebite ou equimose, devido a punção venosa; dor leve ou distensão abdominal; leve hipertemia. O sangramento ou perfuração são complicações pouco frequentes. 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 para a realização do exame o cumprimento do jejum seja respeitado e o preparo (limpeza) do intestino siga corretamente as orientações fornecidas na consulta de enfermagem e do anestesista. Portanto, se tiver tido alguma dificuldade com o preparo solicitado, avise a equipe de enfermagem que irá lhe atender antes e durante o seu exame de endoscopia e colonoscopia. O acompanhante deverá permanecer durante todo o tempo de preparo e realização do exame e deverá acompanhá-lo após o término.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Endoscopia e Colonoscopia**

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

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.

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 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, _____/_____/_____

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Endoscopia e Colonoscopia**

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

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: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____