ITAIGARA MEMORIAL
GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

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 ao exame Enteroscopia por Cápsula Endoscópica.

PROCEDIMENTO: A cápsula endoscópica estuda melhor o intestino delgado e não o esôfago, estômago ou cólon. A cápsula é um método que permite apenas ver o interior do intestino e não serve para realizar biópsias ou tratamento como a remoção de pólipos ou hemorragias. O Exame é realizado pela ingestão de uma micro câmera, semelhante a uma cápsula grande de vitamina, que desce naturalmente pelo aparelho digestivo e ao mesmo tempo vai fotografando suas paredes. As imagens são transmitidas a um gravador preso num cinturão no abdômen do paciente e, ao término da gravação, serão passadas para o computador para que o médico possa analisar.
O exame tem duração de até 15 horas. Após o período de gravação o cinturão deverá ser removido. A cápsula é descartável e é eliminada naturalmente pelo movimento intestinal, podendo acontecer em até duas semanas após o exame.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Os riscos na enteroscopia por cápsula endoscópica são raros, mas eventualmente podem ocorrer: 1) A cápsula poderá não ser eliminada em função de obstrução intestinal, estreitamento do intestino e/ou cirurgias abdominais prévias, necessitando de endoscopia ou cirurgia para remoção. 2) Partes do intestino delgado podem não ser examinadas adequadamente, o que implicará em um diagnóstico incorreto. Isso ocorre quando a cápsula demora mais tempo para descer; quando há resíduos no interior do intestino; quando houver interferência de campos magnéticos; caso o cinto seja removido antes do tempo certo ou mau funcionamento da cápsula. 3) Aspiração da cápsula para as vias aéreas ou para o pulmão, quando ingerida, causando dificuldade respiratória ou pneumonia. Durante a deglutição a cápsula também poderá ficar presa na parte posterior da garganta; nestes casos será necessária a remoção da cápsula, por um médico, com equipamento adequado e, por isso, em indivíduos com dificuldades em deglutir, aconselha-se passagem da cápsula por via endoscópica. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ORIENTAÇÃO DURANTE O EXAME: Orientado não remover o cinturão (equipamento completo do sistema de cápsula endoscópica) antes do término do exame. Evitar proximidade de campos magnéticos como ressonância

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

magnética e outros. Ainda é duvidoso o uso da cápsula em portadores de marcapassos ou desfibriladores cardíacos e por isso esses pacientes deverão ser avaliados pelo médico.

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 utilizadas 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. Se após o exame o paciente tiver febre, dores ou distensão abdominal, dor no tórax, falta de ar, dificuldade para engolir ou a não eliminação da cápsula no prazo de duas semanas, deverá ir a um serviço de emergência, após contatar o hospital e o seu médico.

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

ITAIGARA MEMORIAL
GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

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

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, _____/_____/_____