ITAIGARA MEMORIAL
GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA / ULTRASSONOGRAFIA 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 Ecoendoscopia digestiva / ultrassonografia endoscópica.

PROCEDIMENTO: Ecoendoscopia digestiva / ultrassonografia endoscópica é um exame indicado para diagnosticar e tratar algumas das doenças mais comuns do sistema digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno). Além de permitir a avaliação do mediastino (tórax) e das estruturas localizadas próximas ao trato digestivo (vesícula e vias biliares, pâncreas, etc), utilizando-se aparelho ecoendoscópico. Este é um aparelho flexível com iluminação e que possui transdutor de ultrassom acoplado na sua extremidade, permitindo a análise das paredes do trato digestivo (esôfago, estômago e duodeno), assim como das estruturas e órgãos adjacentes. 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. Punção aspirativa com agulha fina (PAAF) – consiste na obtenção de material (sólido e/ou líquido) da estrutura estudada, com objetivo diagnóstico, utilizando-se agulha que alcança a região alvo.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos na ecoendoscopia digestiva / ultrassonografia endoscópica 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. 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 anestesiologista ou a equipe de enfermagem que irá lhe atender antes e durante o seu exame endoscópico.

É obrigatório para todo o período de internamento a presença do acompanhante.

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.

( ) **Autorizo**	( ) **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.

ITAIGARA MEMORIAL
GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA / ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA

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

As suas informações clínicas e resultados obtidos no exame endoscópico realizado, assim como imagens obtidas, poderão ser utilizados para fins de pesquisa cientifica, 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.

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: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____