

Termo de Consentimento Endoscopia Digestiva Alta



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Por este instrumento, eu _____,
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)

ou meu responsável, _____,
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro (a) que:

1. Recebi, li e discuti com o médico este informativo sobre o exame ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA a que serei submetido. Me foi explicado que o exame envolve a passagem de um aparelho pela boca para examinar o esôfago, estômago e duodeno.

Entendo que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 12 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá causar asfixia ou pneumonia.

2. Sei que serei submetido a uma sedação através de medicação venosa e anestesia da garganta com um spray (lidocaína), para se evitar os reflexos de vômitos.

3. Eu entendi que, embora em menos de 1% dos casos, possam ocorrer complicações por causa da sedação (dor ou inflamação no lugar da injeção) e que é ainda mais raro ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o exame.

4. Eu compreendi que durante o exame pode ser necessário realizar algum outro procedimento como: biópsias, injeção para parar sangramento, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

5. Sei que esses procedimentos do item 4 são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. O médico me explicou que estas complicações são incomuns, mas podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. Pode ser preciso realizar transfusão sanguínea, nova endoscopia, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, há risco de morte.

6. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso escolher não querer fazer esse exame e declaro que me foi informado que o médico irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

7. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que eu achar estranhos após o exame poderei entrar em contato com a clínica no telefone 3722-0229.

8. Sei que tenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.

9. Declaro que foram entregues todas estas informações, verbalmente e por escrito em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr(a) _____,

CRM _____ a fazer o exame.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações às quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar; e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Colatina (ES), _____ de _____ de 20 _____.

(assinatura do paciente)