

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

 Endoscopia

 Colonoscopia

 CPRE

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: ___/___/___ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

Eu autorizo um médico endoscopista desta instituição, executar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável, o exame endoscópico, cuja natureza e propósitos me foram explicados verbalmente ou através de impressos informativos disponibilizados pela instituição.

Autorizo também a realização de fotografias, raios-X, biópsias, retirada de pólipos ou corpos estranhos, injeção de contrastes ou corantes, ou outros procedimentos que sejam necessários durante o exame.

Fui informado também dos riscos que, apesar de pouco comuns, podem ocorrer durante o procedimento, como: arritmias cardíacas, reações anafiláticas, aspiração, sangramento, enfisema pleural, infecção, perfuração de esôfago, perfuração de estômago, perfuração de duodeno, perfuração de cólon e perfuração do reto.

Eu reconheço que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na Instituição, para ser alcançado o melhor resultado, porém este pode ser comprometido por preparo inadequado do cliente ou instabilidade clínica observada durante o exame.

Caso o médico endoscopista autorize, concordo também em realizar o procedimento endoscópico sem o uso de sedação via endovenosa por estar:

- ( ) Sem acompanhante;
- ( ) Com acompanhante menor de 18 anos ou o mesmo acompanhado de criança de colo;
- ( ) Sem condições clínicas avaliadas pelo médico endoscopista;
- ( ) Com dificuldade de acesso venoso periférico;
- ( ) Amamentando e não ter condições de deixar de amamentar nas próximas 24h;
- ( ) Não quero por vontade própria submeter-me à sedação para a realização do procedimento.

Declaro também estar ciente que após optar por realizar o procedimento com uso de sedativos, ficarei impossibilitado de dirigir veículos automotores e realizar tarefas que exijam reflexo e atenção nas próximas 24h.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

Autorizo a realização do exame. Declaro não ter dúvidas quanto ao procedimento, bem como estar ciente dos riscos que foram adequadamente explicados pelo médico \_\_\_\_\_.

Por fim, declaro ter lido as informações, e que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o **PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO** proposto.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Enfermagem

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

### REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e afirmo que não desejo prosseguir o tratamento, que me foi proposto.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante ou Responsável