

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data do Exame: ____/____/____

Pront: _____ Atend: _____ Médico Solicitante: _____

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o **procedimento** denominado **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**. Compreendi que **serei submetido ao procedimento**, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a **passagem de um aparelho pela boca**. O médico poderá examinar o **esôfago, estômago e duodeno** e, se necessário, **realizar biópsias ou outros procedimentos**. Sei que deverei estar em **jejum absoluto** por cerca de **8 horas**, pois meu **estômago** deverá estar **vazio**, caso contrário haverá **risco de broncoaspiração**, ou seja, passagem de **suco gástrico para o pulmão**, que poderá resultar em **pneumonia**.
2. Sei que serei submetido a uma **sedação** através da administração de **medicação venosa** e **anestesia da garganta** com um spray de lidocaína, visando **reduzir ou abolir os reflexos de vômitos**.
3. Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.
4. Eu compreendi que, **embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações** decorrentes da aplicação da sedação (**dor ou inflamação no local da injeção**). Ainda mais raros podem ocorrer **reação à medicação** e **problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento**.
5. Eu compreendi que **durante o exame diagnóstico pode ser necessário** realizar algum procedimento terapêutico como: **biópsias**, injeção de substâncias para **deter sangramento que esteja em curso**, **remoção de pólipos** com uso de bisturi elétrico ou **dilatações**. Quando removidos e recuperados, os **pólipos e outras lesões** serão enviados para **análise histopatológica**.
6. Sei que esses **procedimentos terapêuticos**, são importantes no meu tratamento, mas **umentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações**. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns podem ser sérias, **podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI**, por tempo prolongado. A **transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de morte podem se fazer presentes**.
7. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. **Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento** e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.
8. **Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o Serviço de Endoscopia do Hospital de Clínicas de Itajubá.**
9. Sei que **mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento** pós-informado, **antes que o procedimento** objeto deste documento **tenha se realizado**.
10. Declaro que me **foram fornecidas 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 _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as 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.

Itajubá, ____/____/____.

Nome legível

Assinatura (Paciente/Responsável)

Nome legível

Assinatura (Testemunha)