

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 Terapêutica com Dilatação. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação com o 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 e 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 xilocaína, 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 minhas dificuldades em engolir se devem a um estreitamento no esôfago ou consequência da cirurgia a qual fui submetido, que pode ser aliviada por cirurgia ou dilatação por via endoscópica, através da introdução de balões ou sondas dilatadoras. Mais de uma sessão serão necessárias.
6. Optei pela dilatação por via endoscópica e estou ciente que este procedimento terapêutico é importante no meu tratamento e de que há risco de complicações como perfurações ou sangramentos. 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 vida podem se fazer presentes.
7. Sei que apesar de tais riscos este procedimento representa a opção por mim escolhida para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar 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 casos de dúvidas, sinais e 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)