

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 para realização de GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA. 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 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 este procedimento inclui, além da endoscopia digestiva alta, a realização de uma incisão no abdome e a passagem, através deste orifício, de uma sonda que permanecerá, para via de acesso de alimentação e/ou administração de medicamentos.
6. Estou ciente que este procedimento terapêutico aumenta o risco de complicações, tais como dor, ulceração, infecção, deslocamento da sonda, perfuração de alça intestinal ou complicações tardias relacionadas com o cuidado com a sonda. Os cuidados especiais de manuseio, limpeza serão orientados pela equipe médica e realizados pela enfermagem que atende o paciente. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, e podem necessitar de hospitalização para observação clínica, podendo ser preciso nova endoscopia, cirurgia de urgência, e resultar em risco de morte.
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 sinais ou sintomas estranhos ou dúvidas relacionadas ao procedimento poderei contatar o Serviço de Endoscopia do Hospital de Clínicas de Itajubá.
8. 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.
9. 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)