

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente _____ e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados aos cuidados aos quais poderá ser submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

Autorizo a realização dos procedimentos prescritos pelo **Dr. André Montes Luz** e sua equipe.

Declaro que fui esclarecido que o procedimento pode ocasionar, eventualmente, intercorrências conforme a seguir:

As complicações relacionadas à colonoscopia podem decorrer do preparo do cólon, da sedação, do exame propriamente dito ou de procedimentos complementares realizados. O preparo pode gerar intolerância que se refletirá em náuseas, vômitos e distensão abdominal. Como o preparo induz diarreia, pode ocorrer desidratação.

As medicações utilizadas na anestesia podem provocar reações locais e sistêmicas de natureza cárdio-respiratória, incluindo a diminuição da oxigenação sanguínea e alterações do ritmo cardíaco (bradicardia e taquicardia) e da pressão arterial sistêmica (hipotensão e hipertensão). Esses parâmetros são monitorizados durante o exame com o uso de monitor de oxigenação sanguínea e de controle da frequência cardíaca.

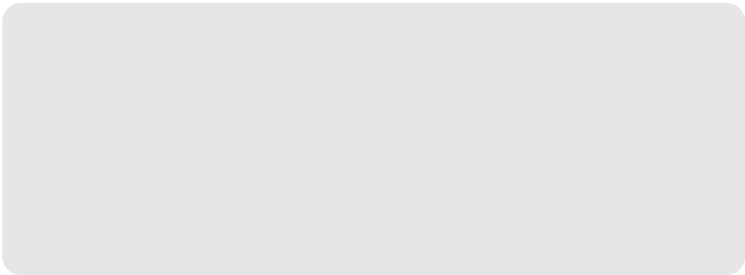
A perfuração intestinal é uma complicação rara e ocorre em cerca de 0,05% das colonoscopias com finalidade diagnóstica. Na ressecção de pólipos, a perfuração ocorre em 0,03 a 1% e a hemorragia em 0,02% dos procedimentos, podendo acontecer no momento do exame ou tardiamente.

Após o procedimento você se recuperará da sedação no Serviço de Endoscopia Digestiva e será liberado somente após avaliação médica. Devido aos efeitos da medicação, você não deve dirigir carros, operar máquinas, ou beber álcool até o dia seguinte ao exame, quando poderá retornar às suas atividades rotineiras. Após o exame, você pode voltar a sua dieta normal e a fazer uso de suas medicações rotineiras, a menos que tenha sido instruído do contrário por seu médico.

Eu _____ afirmo que a proposta dos cuidados a mim apresentada, tais como benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foi explicada claramente pelo médico assistente e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de forma satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas tenho consciência de que todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis serão utilizados na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de negar, anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

Autorizo, portanto, a prestação de cuidados conforme prescrição médica.



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Paciente: _____ Assinatura: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Identidade (nº e órgão): _____

CPF: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço: _____ nº _____

Cidade: _____ e-mail: _____

Responsável: _____ Assinatura: _____

Parentesco: _____ Hora: ____ h ____ min ____ s

Curitiba, ____ de ____ de ____.

Testemunhas:

1. Nome: _____ Assinatura: _____

2. Nome: _____ Assinatura: _____

Médico Responsável: **Dr. André Montes Luz - CRM/28283**