

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

O presente Termo de Consentimento para Exame de Endoscopia Digestiva 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 a respeito do procedimento, conforme a seguir:

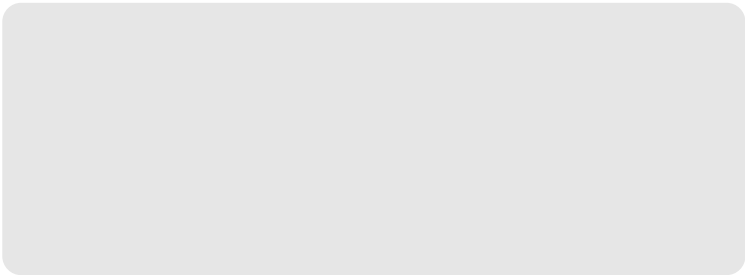
O que é endoscopia digestiva alta? É um exame indicado para a avaliação diagnóstica e, quando possível, para o tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e o duodeno. Ele é realizado através da introdução de um aparelho flexível pela boca, que permite a visualização de todo o trajeto examinado. O procedimento pode ser realizado com anestesia tópica (um spray de anestésico na garganta) ou com sedação venosa. Um acompanhante deve estar obrigatoriamente disponível para ajudá-lo no trajeto de volta para casa.

Qual o preparo para o exame? Jejum completo por 8 horas. As medicações de uso contínuo podem ser tomadas após o procedimento. Caso você seja diabético, marque o exame para o primeiro horário do dia e deixe para fazer uso de insulina ou dos hipoglicemiantes orais após o exame e à alimentação. Antes da EDA, é necessário o preenchimento da ficha de admissão e do termo de consentimento informado. O preparo na sala de exame é realizado com spray anestésico, administrado na garganta (lidocaína) e, a critério médico, o procedimento pode ser realizado com o auxílio da sedação consciente ou profunda.

O que acontecerá durante o exame? O aparelho será introduzido pela boca e você poderá sentir um leve desconforto na garganta durante a passagem do tubo. A medicação injetada poderá ainda causar sensação de ardência no local da injeção e, se necessário, pequenas amostras de tecido (biópsias) podem ser colhidas durante o procedimento. Caso não haja intercorrência, a duração média da EDA é de 10 minutos. Após o exame, você será encaminhado à sala de recuperação, onde permanecerá até a liberação, que ocorrerá após avaliação médica.

Quais os riscos do procedimento? A endoscopia digestiva alta diagnóstica é um exame seguro. No entanto, como todo ato médico, ela não é isenta de riscos. A complicação mais frequente é flebite (dor e inchaço no trajeto da veia puncionada) que pode acontecer em até 5% dos casos. Complicações mais sérias são muito raras, ocorrendo em menos de 0,2% dos casos. As medicações utilizadas na anestesia/sedação podem provocar reações locais e sistêmicas de natureza cardio-respiratória, incluindo diminuição na oxigenação sanguínea e alterações no ritmo cardíaco (bradicardia e taquicardia) e na 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. Complicações mais graves como perfuração e sangramento são excepcionais em exames diagnósticos.

É óbvio que a decisão final a respeito da realização do procedimento cabe ao paciente e/ou ao responsável. Contudo, é importante ressaltar que o exame é de fundamental importância para a condução do caso clínico e pode gerar grandes benefícios ao paciente. Sendo assim, é necessária a confirmação sobre a compreensão das informações prestadas e a autorização para realização da **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA** e dos procedimentos dela derivados.



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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.

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**