



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Eu, paciente _____, portador do documento de identidade nº _____, nascido em ____/____/____, telefone (____) _____, **declaro** através deste instrumento particular, para todos os fins legais, que está ciente que será submetido(a) a uma ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA solicitada pelo médico assistente e que foram claramente esclarecidos e explicados os benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo.

DEFINIÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do esôfago, estômago e duodeno. É realizado através do equipamento denominado endoscópio, que é introduzido pela boca. Para realização do exame é necessário um jejum de 8 horas e, frequentemente, a sedação por via intravenosa e tópica com spray de lidocaína. Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados:

- Biópsia (ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa),
- Polipectomia (ou retirada um ou mais pólipos),
- Mucosectomia (ou retirada de um fragmento da mucosa ou pólipos planos),
- Injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica) visando o controle de sangramentos.
- Exame histopatológico, que é o exame dos pólipos ou biópsias removidos, quando enviado para análise de um médico patologista.
- Dilatações para permitir uma adequada passagem dos alimentos.
- Posicionamento de sondas para nutrição enteral.

Também foi esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração. Que, embora pouco frequentes, são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, hospitalização ou cirurgia de urgência, visando minha segurança e benefício, de forma a controlar e curar o problema.

Sei que apesar dos riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença.

Também foram esclarecidos que a **SEDAÇÃO VENOSA** é a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e acompanhada de monitorização dos sinais vitais, necessários para a realização do exame. Os riscos potenciais associados à sedação venosa são: flebite, reação à medicação e problemas cardiorespiratórios, que ocorrem em menos de 0,1% dos casos. Por este motivo é OBRIGATÓRIA a presença de um acompanhante para assegurar a saída do paciente, que estará impossibilitado de dirigir (automóveis, bicicletas, etc) ou mesmo assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia.

Declaro que todas essas informações me foram fornecidas com clareza, que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento e palavras técnicas que porventura não entendi, e que foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas, inclusive quanto à possibilidade de óbito em razão de alguma complicação. Declaro, ainda, que informei todos os dados referentes à minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

Portanto, declaro que o presente documento tem a função principal de me informar sobre os benefícios e, principalmente, sobre os RISCOS de complicações que estão envolvidos, sendo que há possibilidade de outras complicações que não estão necessariamente descritas no presente Termo.

Declaro que entendi bem os benefícios e os riscos mais frequentes da ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. Também entendo que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, posso revogar este consentimento, antes da realização do procedimento, e que tenho ciência que os procedimentos caracterizados como urgência ou emergência serão realizados a critério médico, em meu benefício, ficando desde já autorizados.

Entendi que o objetivo deste documento é assegurar a dignidade da pessoa humana de pacientes e médicos, contribuindo para a boa fé e a transparência dos procedimentos, bem como manter a qualidade da relação médico paciente.

Uberaba, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

Nome: _____ Assinatura: _____

CPF nº: _____ Grau de parentesco do responsável: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável entendeu o que expliquei.

Assinatura e Carimbo do médico: _____