

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA

Por este instrumento particular, o paciente Sr (a) _____, portador do RG n° _____ e do CPF _____, residente e domiciliado na _____, na cidade de _____, (e seu acompanhante responsável), o Sr (a) _____, portador do RG n° _____ e do CPF _____, declara para todos os fins de direito, que dá plena autorização ao Dr(a) _____, CRM/SP: _____ para executar o procedimento denominado **ENDOSCOPIA DIGESTIVA** e todos os procedimentos que o incluem, como biópsias, citologias, teste de urease ou cromosopia, podendo valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

- A endoscopia é um exame realizado introduzindo-se um tubo flexível através da boca, sob sedação, que permite visualizar o esôfago, estômago e duodeno até a segunda porção, considerada a primeira parte do intestino. Se necessário, o médico poderá realizar biópsias ou outros procedimentos.
- É necessário estar em jejum absoluto (inclusive de água) por 8 horas (4 horas se dieta por sonda enteral) para que o estômago esteja vazio, para evitar o risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de conteúdo gástrico para o pulmão, que poderá causar pneumonia.
- O paciente deve vir acompanhado por pessoa adulta responsável; caso contrário, o exame não será realizado. Por receber sedação, o paciente não deverá guiar qualquer tipo de veículo ou ser conduzido à sua residência em motocicleta no dia do exame pois os reflexos poderão estar lentificados. Deverá evitar também o uso de instrumentos perfuro-cortantes, inflamáveis ou que exijam manuseio delicado ou ajuste fino. Deverá ser ajudado ao subir ou descer escadas.
- 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. Outras complicações, incluem: reações anafiláticas (reações alérgicas), perfuração do esôfago, estômago ou duodeno, enfisema pleural (ar na pleura), derrame pleural (líquido na pleura), abscesso (coleção de pus à distância), sangramento, colangite (inflamação na vesícula), pancreatite (inflamação no pâncreas) e lesão no baço. A lista de riscos e complicações aqui apresentada pode não incluir todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento.
- Durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico, como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.
- Os procedimentos terapêuticos, apesar de importantes no seu tratamento, aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. 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 morte podem se fazer presentes.
- Após o exame, o paciente permanecerá em observação na sala de recuperação por um período de tempo variável, dependendo da plena recuperação de sua capacidade de deambulação.
- Em caso de dúvidas, o paciente poderá contactar o serviço de endoscopia.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo a execução do exame solicitado por meu médico. Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Ribeirão Preto, ___/___/___

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura e CRM do médico: _____