

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

(Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Broncoscopia)

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____/____/____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de _____ ao qual serei submetido nesta Instituição. Bem como recebi todas as explicações quanto aos benefícios, riscos, complicações potenciais. As alternativas me foram explicadas claramente.

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que, nos procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações. Pode ocorrer sangramento após uma biópsia ou remoção de um pólipó. Nos procedimentos de Broncoscopia, podem ocorrer também, aspiração pulmonar de fluidos. Raramente há necessidade de internação, transfusão sanguínea ou cirurgia. Complicações maiores, como perfuração são raras, mas podem acontecer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico.

b) Recebi esclarecimento de que para a realização do procedimento proposto pode ser necessário o emprego de anestesia/sedação, e de que havendo esta necessidade, os métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesologista. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos/sedativos pode causar complicações ainda que isso seja pouco frequente. Estou ciente de que as medicações ministradas para anestesia/sedação causam sonolência e que, portanto, não devo dirigir veículos, operar máquinas, ou ingerir álcool por um período mínimo de 24 horas após a realização do exame e que, portanto devo apresentar-me no dia do procedimento, acompanhado de um adulto responsável.

c) Fui informado(a), também, de que por ocasião do exame são ministradas medicações que podem causar alergia cutânea e/ou mucosa. Caso esta ocorrência só seja percebida após a realização do exame, ela deve ser relatada ao Serviço de Endoscopia ou ao médico que solicitou o exame.

d) Por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado da forma como proposto pelo médico abaixo identificado, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas, utilizando-se de todos recursos disponíveis nesta Instituição.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

_____, _____ de _____ de 20____. Hora: ____: ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto