

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES ENDOSCÓPICOS

Por este instrumento, eu _____,
CPF _____, declaro que:

1. Compreendi que serei submetido a um exame endoscópico do trato gastrointestinal:
() **Endoscopia digestiva alta** () **Colonoscopia** () **+ Mucosectomia**
2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e as alternativas de tratamento (biópsias, retirada de pólipos/lesões e cauterização) bem como fui informado sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada durante meus exames.
3. Estou também ciente de que durante o exame e/ou procedimento poderá surgir outra condição ainda não diagnosticada que exigirá ou não manejo, assim como também situação fortuita e não prevista que pode indicar a suspensão do exame.
4. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos como o citado, podem ocorrer complicações, ainda que raras, tais como: sangramento ou perfuração após biópsia ou remoção de pólipos. Na eventualidade rara desses eventos, poderá ser necessário uso de clip metálico, internação, transfusão ou intervenção cirúrgica.
5. Estou ciente de que devo sair da instituição acompanhado por adulto responsável e de que não devo dirigir ou realizar tarefas que exijam maior atenção nas 12h seguintes ao exame.
6. Recebi de forma clara as orientações quanto ao jejum e preparo correspondente ao meu procedimento.
7. Por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado da forma como me foi exposto no presente termo, assim como também as condutas necessárias para atender as situações emergenciais que possam ocorrer. Estas deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada caso e com os recursos disponíveis na instituição.
8. Esta autorização é dada ao médico, aos seus assistentes e/ou outro profissional por ele selecionado a intervir no procedimento de acordo com seu julgamento profissional quanto à necessidade de coparticipação.
9. Finalmente declaro que tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao exame antes de sua assinatura e que me foi assegurado que a qualquer momento ainda antes do procedimento posso revogar esse termo e decidir não me submeter ao exame proposto.

Eu, _____ declaro estar ciente do presente Termo de Consentimento Informado e de acordo para submeter-me ao exame informado acima.

Porto Alegre, RS, _____ de _____ de 20_____

CPF: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Assinatura do Médico: _____