

## Clínica Fugast: Consentimento Informado para sedação leve ("Sedação Consciente")

Por este instrumento, eu, abaixo identificado, confirmo que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados à sedação para meu procedimento endoscópico (endoscopia alta e/ou colonoscopia) e autorizo o médico responsável a realizá-la.

1. Fui informado que, após a sedação, um certo grau de sonolência e diminuição da orientação e memória é esperado, por isso a necessidade de um acompanhante responsável.
2. Embora a sedação moderna seja muito segura, como qualquer outro procedimento médico, não está isenta de riscos. Fui orientado que podem ocorrer, mesmo que raramente, eventos como arritmias cardíacas, obstruções ventilatórias e alterações na pressão arterial.
3. Decorrentes de algum trauma mecânico pelo aparelho ou bocal associados à agitação podem também, raramente, ocorrer lesões na cavidade oral, lábios e dentes.
4. Entendi que esses eventos são muito raros, mas caso ocorram, terão seu manejo realizado com todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis para o melhor resultado possível.
5. Caso seja necessário, para minha segurança ou conforto, mudança no método anestésico (solicitação de auxílio de um anestesista), também dou meu consentimento para essa alteração.
6. Declaro que prestei todas as informações relativas à minha saúde, presentes e passadas, assim como informei meu histórico de procedimentos, medicamentos em uso, complicações ou reações alérgicas prévias e hábitos como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas. Entendi que qualquer omissão de informações poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o bom andamento da sedação e do procedimento proposto.
7. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e também compreendi que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento antes que o procedimento se realize.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

### PACIENTE ou RESPONSÁVEL

Confirmo que expliquei em termos acessíveis (não técnicos) para o paciente e/ou familiar e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento/procedimento proposto acima. Respondi às perguntas feitas de forma a esclarecer suas dúvidas. O paciente e o responsável demonstraram compreender o que lhes foi informado.

**Médico Responsável:** \_\_\_\_\_