



TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, pelo presente instrumento, declaro, para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.78/90, que fui suficientemente esclarecido pelo médico abaixo, sobre o procedimento COLONOSCOPIA, a que serei submetido(a), solicitado pelo médico assistente e que recebi claramente as explicações dos benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo:

DEFINIÇÃO DE COLONOSCOPIA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado). É realizado através do equipamento denominado colonoscópio, o qual observa o interior do intestino, sendo introduzido através da região anal. Para realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e sedação venosa.

Além da simples observação, outros procedimentos podem ser necessários e sua realização se dará mediante decisão no momento do exame, na dependência dos achados, conforme explicados abaixo:

- Biópsia ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa (camada mais interna do intestino),
- Polipectomia ou retirada de um ou mais pólipos,
- Mucosectomia ou retirada de um fragmento da mucosa intestinal (ou pólipos planos),
- Injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica) visando o controle de eventual sangramento.
- Exame histopatológico = exame dos pólipos ou biópsias removidas (que serão entregues ao paciente ou acompanhante para envio à análise em um laboratório de patologia).

Também fui esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, existe, embora pouco freqüente, o risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração (em torno de 0,1% dos casos), que, raramente, podem necessitar transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, como hospitalização ou cirurgia de urgência, tudo visando minha segurança e benefício, de forma a controlar e curar o problema.

Também foram esclarecidos os procedimentos envolvidos como:

1. PREPARO INTESTINAL: instruções, prescrição e orientação são fornecidas na ocasião da marcação do exame. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial e por este motivo os idosos deverão estar acompanhados durante o preparo evitando assim risco de queda. Nos casos em que o preparo é realizado na residência, a ocorrência de vômitos e/ou distensão do abdome obriga ao paciente: 1. interromper o preparo, 2. comunicar o médico responsável e 3. dirigir-se a um setor de atendimento de emergência mais conveniente e próximo, para avaliação.

2. SEDAÇÃO VENOSA: é a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e que é sempre acompanhada pela monitorização dos sinais vitais. 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 que foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas.

Declaro ainda que informei todos os dados referentes à minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

Pelo presente, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito, minha compreensão dos benefícios e dos riscos informados, entendendo 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.

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s), de acordo com o meu entendimento, que julgo estar(em) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

Carimbo: _____

Declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos indicados e alternativos e ter sido atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresse o meu mais pleno consentimento para sua realização.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

paciente

RG N° _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a)

RG N° _____