

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA OU COLONOSCOPIA

Nome: _____ RG: _____

Acompanhante nome: _____ RG: _____

Esclarecimentos:

Exame de endoscopia: É um procedimento destinado a examinar os órgãos: esôfago, estômago e duodeno.

Exame de colonoscopia: É um procedimento destinado a examinar o intestino grosso (todo o cólon).

Sobre os exames:

Para que o paciente não sinta desconforto ou dor durante o exame, será realizado a administração venosa (na sua veia) de uma medicação que causará uma sedação. Com isso, a proposta é que você relaxe e não se recorde do exame.

Os exames de endoscopia e colonoscopia são procedimentos médicos invasivos (os aparelhos avaliam seus órgãos internos) seguros que normalmente não seguem de complicações. Porém a literatura científica relata baixa incidência de complicações, tais como:

- **Flebite:** é a inflamação da veia que foi puncionada com agulha. Isto pode ocorrer toda vez que se realiza a punção de uma veia, mesmo com todos os cuidados com assepsia e antissepsia. Neste caso, no período ou dia após o exame poderá ocorrer um vermelhidão e dor no local onde foi administrado o sedativo. Caso aconteça, **entre em contato conosco!!!**

- **Dor abdominal, náuseas e vômitos:** é mais comum de ocorrer após a colonoscopia, porém a endoscopia também pode causar sintomas como estes. Estes sintomas são facilmente tratados e controlados, caso aconteça.

- **Depressão respiratória, sangramento ou perfusão de um órgão:** felizmente muitos raros de acontecer. Porém, caso ocorra, pode ser necessária transferência do paciente ao Hospital Regional do Vale do Paraíba (se o paciente possuir convênio médico que atenda no Hospital Regional), ou para o Pronto Socorro Municipal, se o paciente for usuário do Sistema Único de Saúde, e tratamento definitivo através de cirurgia, caso necessário.

1. Eu abaixo assinado, declaro que fui informado e esclarecido sobre o procedimento médico que será realizado em mim, assim como todas as possíveis intercorrências e complicações decorrentes.

2. Diante da possibilidade de ocorrência de situações que determinem a necessidade de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos, autorizo a equipe médica a realizar qualquer outro procedimento e cirurgias necessárias.

3. Em caso eminente risco de morte ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas de primeiros socorros compatíveis com padrões internacionais aceitos.

4. Entendo que os procedimentos de endoscopia e colonoscopia podem ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão de ser em meu benefício.
5. Autorizo se necessário, qualquer tecido meu removido por biópsia ou por procedimentos, sejam encaminhados para análise realizado pela anatomia patológica.
6. Certifico que o termo foi me explicado, foi lido por mim ou para mim e que e entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo.
7. Declaro também que nada omiti a respeito de medicações que uso atualmente ou estado de minha saúde.

Taubaté, _____ de _____ de 2017

Assinatura paciente: _____

1. Estou ciente do meu dever como acompanhante de permanecer dentro da clínica, mesmo durante o procedimento, ficarei junto ao paciente na sala de observação, e após a liberação, conduzirei com segurança o paciente até o local de sua residência. Sou testemunha de que o mesmo leu e concordou com este termo.

Assinatura acompanhante: _____