



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
MANOMETRIA ESOFÁGICA E PHMETRIA ESOFÁGICA**

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ **RG:** _____

Esclarecimento:

A Manometria esofágica é um procedimento ambulatorial realizado sem sedação. É um exame destinado ao diagnóstico de doenças do esôfago e correlatos, que permite a avaliação da contração do esôfago durante a deglutição.

A **PHmetria esofágica** consiste na medição do pH intra-esofágico durante um período contínuo de 24 horas e sua correlação com eventos cotidianos como alimentação, sono, sintomas, posturas, etc.

Os exames de **manometria esofágica e phmetria esofágica de 24h**, são procedimentos invasivos (será inserido um cateter que vai do nariz até o estômago), seguros que normalmente não seguem de complicações, porém a literatura científica relata baixa incidência de complicações, tais como:

- Sangramentos no nasofaringe, orofaringe ou esôfago.
- Irritação da garganta
- Perfurações (esôfago).
- Dor e vômitos.
- Dificuldade respiratória.
- Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.
- Ulcerações no nasofaringe, orofaringe ou esôfago.
- Outras complicações mais raras como arritmias, sinusites etc...

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 deste 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 procedimento e cirurgias necessárias.

3-Em caso de eminente risco a vida ou risco de perda a 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 Manometria Esofágica e PHmetria Esofágica podem ser suspensos quando esta decisão se der em meu benefício.

5-Certifico que este termo me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo.

6-Declaro que também nada omiti a respeito de medicação que uso atualmente ou estado de saúde.

Taubaté _____ de _____ de _____

Paciente: _____

Acompanhante : _____ RG _____
(Acompanhante para menores de 18 anos)