

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o procedimento denominado **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biópsias ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 12 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Sei que serei submetido a uma **sedação** através da administração de medicação venosa e **anestesia** da garganta com um *spray* de lidocaína, visando reduzir ou abolir os reflexos de vômitos.
3. Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.
4. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raros podem ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
5. Eu compreendi que durante o exame de diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.
6. Sei que esses procedimentos terapêuticos, são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de morte podem se fazer presentes.
7. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.
8. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contatar o Serviço de Endoscopia do Hospital 10 de Julho.
9. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.
10. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o **Dr. (a).** _____,

CRM _____, executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Estou ciente que posso revogar este procedimento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento com a equipe multiprofissional, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias dentro da sua categoria profissional.

Nome completo do paciente: _____ Data Nasc: ____/____/____

CPF: _____ Atendimento: _____ Data: ____/____/____

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

(Nome do responsável) _____ (Identidade nº/órgão) _____ / _____

Ass/carimbo Médico Executante

CRM: _____ UF: _____

Ass. Paciente e/ou Responsável

RG/CPF: _____