

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE COLONOSCOPIA

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) _____ / _____

Eu entendo que serei submetido (a) a um procedimento de **COLONOSCOPIA** e estou ciente que:

- A **COLONOSCOPIA** é a introdução de um aparelho endoscópio a partir do ânus, reto e intestino grosso.
- Para realização deste procedimento o médico vai utilizar sedação endovenosa para tornar confortável o procedimento. Posso optar por não receber sedação endovenosa, mas estou ciente de que o exame tem grandes chances de não ser bem tolerado por mim, e pode haver necessidade de repeti-lo sob sedação, para ser realizado de forma adequada, pois poderá sentir dores durante a realização.
- Em algumas situações o procedimento não pode ser realizado por inteiro, sendo necessária a interrupção sempre em respeito a segurança do paciente. Caberá ao médico que solicitou o exame a decisão de repeti-lo em outra data ou de usar outro método de diagnóstico. O paciente será comunicado caso ocorra.
- Pode ser que seja necessário retirar durante o exame um pequeno fragmento (biópsia) para realização de exame complementar denominado anatomopatológico, e por esse motivo o resultado do exame pode demorar mais alguns dias.
- Quando forem encontrados **PÓLIPOS** (que são lesões salientes no interior do estômago, esôfago ou intestino) poderá ser realizada retirada deles com equipamento específico. Este procedimento é chamado **POLIPECTOMIA**.
- A Polipectomia é um procedimento endoscópico que compreendem risco bastante baixo de perfuração do órgão. Apesar de ser um risco pequeno, a gravidade é muito importante, e por este motivo estou ciente que devo entrar agora **EM CONTATO COM O MÉDICO** executante da Colonoscopia, ou o médico assistente, o mais breve possível, caso haja qualquer dúvida, dor ou desconforto importante mantida após o exame.
- Complicações relativas ao procedimento, como sangramento, infecção, complicações cardiopulmonares, incluindo aspiração do conteúdo gástrico para o pulmão, ritmo cardíaco anormal e depressão da função respiratória podem ocorrer, apesar de todos os cuidados e prevenção utilizados. Pode ser necessário tratamento especializado para isso.
- Complicações locais após administração de medicações endovenosas para analgesia podem ocorrer, tais como hematomas (manchas roxas na pele), flebite (endurecimento e eventualmente dor na veia quando for puncionado). Pode ser necessário tratamento complementar se isto ocorrer.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE COLONOSCOPIA

- Outras complicações menos frequentes podem ocorrer, além das mencionadas acima. No entanto podem ser raras que não são habitualmente mencionadas para o paciente.
- Devido à anatomia e a diferença de cada ser humano à resposta aos diversos tratamentos, não há como garantir que não haverá riscos e complicações, conhecidas ou não, associadas a esse procedimento.
- Entendo também que, como não há nenhum teste 100% capaz de encontrar lesões, há possibilidade, apesar de pequenas, de falha deste exame e pode ser necessário exames adicionais no futuro.
- O serviço de Colonoscopia dispõe dos equipamentos e medicamentos para eventuais urgências. Todo equipamento utilizado é limpo e/ou esterilizado de acordo com as normas internacionais vigentes.
- Tenho ciência que fui orientado quanto ao preparo que antecede o exame.
- Entendo também que, caso meu atendimento ocorra em caráter particular e/ou SUS, e meu preparo não esteja satisfatório, meu exame será cancelado e terei que pagar a taxa administrativa podendo ter meu dinheiro devolvido ou o exame remarcado.

Sou responsável por informar ao médico sobre o tratamento que venho realizando, uso atual de medicamentos, e eventuais alergias a produtos ou medicamentos que eu não conheça, assim como esclarecer sobre algum histórico de choque anafilático ou doenças pré existentes.

Devo responder o questionário abaixo da maneira mais correta possível, de acordo com meus conhecimentos:

- Uso de medicação para dormir ou antidepressivos?
() SIM () NÃO () NÃO SEI Quais? _____
- Tenho asma ou bronquite? () SIM () NÃO () NÃO SEI
- Tenho cirrose? () SIM () NÃO () NÃO SEI
- Tenho pressão alta? () SIM () NÃO () NÃO SEI
- Estou usando remédio para estômago? () SIM () NÃO () NÃO SEI
- Já realizou alguma cirurgia? Qual? _____
- Precisa usar oxigênio contínuo ou para dormir? () SIM () NÃO
- Já foi hospitalizado? Por qual motivo? _____
- Estou tomando algum outro remédio que julgo importante mencionar.
Quais? _____
- Tem alguma doença pré-existente?
- Quais? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE COLONOSCOPIA

DECLARO QUE:

- () Recebi as "INSTRUÇÕES APÓS EXAME".
() Li todas as instruções desse documento.
() Todas as questões me foram esclarecidas.

- Se no dia do exame o médico responsável pelo exame julgar mais seguro ao paciente a suspensão do exame, o mesmo ocorrerá independente de já ter iniciado o preparo.
- 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.
- Por isso, autorizo a realização do procedimento aqui proposto.

Data do exame: ____/____/____.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Assinatura e carimbo do médico executante: _____