

CÓDIGO: FORM.HMFST.ASSIST.CCIR.QUA.012.001

Nome completo: _____

Nome Social: _____

Sexo: () M () F () Outro Data de nascimento: ____/____/____ Registro: _____ Leito/Andar: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

NOME _____ CPF: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Eu, declaro através deste instrumento, para todos os fins legais, que estou ciente que serei submetido(a) a tratamento, procedimento e ou exame: () Endoscopia () Colonoscopia () Gastrostomia.

DEFINIÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do esôfago, estômago e duodeno. É realizado através do equipamento denominado endoscópio, que é introduzido pela boca. Para realização do exame é necessário um jejum de 8 horas e, frequentemente, a sedação por via intravenosa e tópica com spray de lidocaína.

GASTROSTOMIA: é um procedimento no qual uma sonda flexível de alimentação é passada ao estômago através da parede do abdome. A gastrostomia permite que nutrição, fluidos e medicamentos sejam colocados diretamente no estômago, sem passar pela boca e esôfago. O procedimento é habitualmente realizado sob sedação e anestesia local.

COLONOSCOPIA: é um exame utilizado para analisar a saúde do interior do cólon e do reto usando um colonoscópio, um tubo fino e flexível com uma luz e uma câmera na ponta. Com ele, é possível identificar lesões sugestivas de câncer colorretal, pólipos e outras condições clínicas. É realizada com sedação e requer avaliação e acompanhamento do médico anestesista.

Foi esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração, que embora pouco frequentes são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais como cirurgia de urgência.

Declaro que todas essas informações me foram fornecidas com clareza, que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento e palavras técnicas que porventura não entendi, e que foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas, inclusive quanto à possibilidade de óbito em razão de alguma complicação.

Declaro, ainda, que informei todos os dados referentes à minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas. Declaro que entendi bem os benefícios e os riscos mais frequentes do procedimento/exame e entendo 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.

Entendo que o objetivo deste documento é assegurar a dignidade da pessoa humana de pacientes e médicos, contribuindo para a boa fé e a transparência dos procedimentos, bem como manter a qualidade da relação médico/paciente.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 20____

Hora: ____ : ____

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu responsável/Representante Legal, conforme o termo acima.

Paciente/responsável

Médico (a)

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A) EM CASO DE EMERGÊNCIA

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

Médico (a)

Testemunha