

Termo de Ciência e Consentimento

Endoscopia

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Endoscopia Digestiva Alta

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) consiste no exame do trato gastro-intestinal superior (esôfago, estômago e duodeno) realizado, sob sedação, através da introdução de um aparelho de endoscopia flexível através da boca;

Compreendi que a EDA permite diagnosticar várias anomalias ou doenças como esofagites, gastrites, úlceras e tumores. Algumas vezes, a critério do médico endoscopista/assistente, pode ser necessária a realização de biópsias para complementação diagnóstica;

Estou ciente de que o procedimento pode estar associado a algumas complicações gerais como reações alérgicas, broncoaspiração, baixa transitória da oxigenação sanguínea e arritmias. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Perfuração ou sangramento são complicações muito raras, mas podem, ocasionalmente, levar a necessidade de internação hospitalar e cirurgia;

Entendo também que não poderei dirigir veículos automotores ou operar máquinas potencialmente perigosas no mínimo por 12 horas após o término do procedimento, devido aos efeitos residuais da medicação sedativa;

Também fui informado(a) que a única alternativa à EDA é o estudo radiológico com contraste (EREED), exame raramente utilizado que foi quase que inteiramente substituído pela EDA, pois é muito menos sensível e não permite a realização de biópsias.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____