



Paciente **PACIENTE**  
Dt. Nasc. **22/01/1969**  
Convênio **PARTICULAR**

Sexo **Feminino**  
Dt Agenda **28/09/2018**  
Prontuário **101109**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Eu, Paciente, RG / ou responsável

Sr(a) \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ declaro, através deste instrumento particular, para todos os fins legais, que estou ciente que serei submetido(a) a uma **ENDOSCOPIA Digestiva Alta** solicitada pelo médico assistente e que foram claramente esclarecidos e explicados os benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo:

**DEFINIÇÃO DE ENDOSCOPIA:** O exame é realizado pela introdução do endoscópio pela boca do paciente, passando pelo esôfago, estômago e duodeno. Para diminuir o desconforto, realiza-se a anestesia da garganta com spray de xylocaina além de administração endovenosa de sedativo e analgésico. Antes do exame o paciente toma dimeticona gotas para reduzir a quantidade de bolhas no estômago. Durante o exame pode ser necessária a realização de biópsia para complementar o diagnóstico o que eventualmente pode determinar sangramento que na maioria das vezes para espontaneamente.

- A endoscopia digestiva alta apesar de ser um exame seguro, pode raramente apresentar algumas complicações como: processo inflamatório na veia que aplica sedativo (flebite), desconforto na garganta, náuseas e vômitos, tontura, alergia às medicações utilizadas que podem ser de leve intensidade até casos graves.

Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados abaixo:

- biópsia (ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa),
- polipectomia (ou retirada um ou mais pólipos),
- mucosectomia (ou retirada de um fragmento da mucosa intestinal ou pólipos planos),
- injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica) visando o controle de eventual sangramento,
- exame histopatológico, que é o exame dos pólipos ou biópsias removidos, quando enviado para análise de um médico patologista.

É esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração (em torno de 0,1% dos casos). Que, embora pouco frequentes, são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, hospitalização ou cirurgia de urgência, visando segurança do paciente, de forma a controlar e curar o problema.

Paciente **PACIENTE**  
Dt. Nasc. **22/01/1969**  
Convênio **PARTICULAR**

Sexo **Feminino**  
Dt Agenda **28/09/2018**  
Prontuário **101109**

É esclarecidos também o(s) seguinte(s) procedimento(s) envolvido(s) como

**1. SEDAÇÃO VENOSA:** é a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e acompanhada de monitorização dos sinais vitais por profissionais, necessários para a realização do exame. Os riscos potenciais associados à sedação venosa são: flebite, reação à medicação e problemas cardiorespiratórios, que ocorrem em menos de 0,1% dos casos. Por este motivo é OBRIGATÓRIA a presença de um acompanhante para assegurar a saída do paciente, que estará impossibilitado de dirigir (automóveis, bicicletas, etc) ou mesmo assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia.

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 a minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas. Portanto, declaro que o presente documento tem a função principal de me informar sobre os benefícios e, principalmente, sobre os RISCOS de complicações que estão envolvidos, sendo que há possibilidade de outras complicações que não estão necessariamente descritas no presente termo. Declaro que entendi bem os benefícios e os riscos mais frequentes da retossigmoidoscopia. Também 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.

Entendi 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.

Ipiaú-BA, 28 de setembro de 2018

\_\_\_\_\_  
Nome legível do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome legível do responsável