

Eu, \_\_\_\_\_, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente, recebi, li e discuti com o a equipe do Gastro Medical Center o informativo sobre o procedimento denominado **cápsula endoscópica**, autorizando a realização do mesmo.

Autorizo a realização dos procedimentos prescritos pelo médico do Gastro Medical Center e sua equipe. Declaro que fui esclarecido a respeito do procedimento, conforme a seguir:

Este exame é realizado pela ingestão de uma microcâmera semelhante a uma cápsula de vitaminas grande, que desce naturalmente pelo aparelho digestivo e ao mesmo tempo vai fotografando suas paredes. As imagens são transmitidas a um gravador que fica num cinturão colocado no abdome do paciente. Estas imagens serão depois analisadas pelo médico num monitor de vídeo de um computador.

A cápsula endoscópica é destinada ao exame do intestino delgado e não deve ser usada para o exame do esôfago, estômago, duodeno e cólon. A cápsula é um método que permite apenas ver o interior do intestino e não serve para realizar biópsias ou tratamentos, como a remoção de pólipos ou parar hemorragias.

O exame demora 8 horas. Após passadas 8 horas, o paciente remove o cinturão do abdome e o devolve para o médico. A cápsula é descartável e é eliminada naturalmente pelo movimento do intestino junto às fezes. Isto geralmente acontece em até 3 dias depois do exame.

As complicações pelo uso da cápsula são raras. Abaixo são descritos os problemas mais frequentes. É importante saber que nem todos os problemas são previsíveis. Em casos raros a cápsula não é eliminada normalmente e pode haver obstrução intestinal, com necessidade de cirurgia ou endoscopia para sua remoção.

Pessoas com estreitamentos no intestino ou que já sofreram cirurgias abdominais têm maior risco de obstrução pela cápsula. Raramente, partes do intestino delgado não são examinadas adequadamente, o que pode levar a um diagnóstico incorreto. Isto pode acontecer quando a cápsula demora mais tempo para descer; quando há resíduos no interior do intestino; quando há interferência de campos magnéticos no funcionamento da cápsula; quando o cinto é removido antes do tempo certo ou por mau funcionamento da cápsula.

Pode haver aspiração da cápsula para as vias aéreas ou para o pulmão, causando dificuldade respiratória e pneumonia. Durante a deglutição, a cápsula também pode ficar presa na parte de trás da garganta. Nestes casos é necessária a remoção da cápsula por um médico com equipamentos adequados. Estes problemas são mais prováveis de acontecer em pessoas que têm dificuldade para engolir.

Não remover o cinturão antes do término do exame. Evitar proximidade de campos magnéticos fortes. Enquanto a cápsula não for eliminada, o paciente não poderá ser submetido a exame de ressonância magnética. Ainda não se sabe se a cápsula pode alterar o funcionamento de marca-passos ou desfibriladores cardíacos e por isso o seu uso não é recomendado nesses pacientes.

Se após o exame o paciente tiver febre, dores ou distensão abdominal, dor no tórax, falta de ar ou dificuldade para engolir, ele deverá ir a um serviço de emergência ou procurar seu médico, para esclarecer se há alguma complicação.

Declaro que li e compreendi as informações fornecidas e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declaro que tomei conhecimento dos problemas que mais frequentemente estão associados com este exame e que autorizo, não só a sua execução, mas também os atos médicos necessários para o tratamento de possíveis complicações.

Eu, voluntariamente, consinto ser submetido ao exame e aos procedimentos terapêuticos que sejam necessários e autorizo o médico a realizá-lo.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o/a Dr(a). \_\_\_\_\_,  
CRM-SC \_\_\_\_\_ a executar a cápsula endoscópica solicitado por meu médico assistente.

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. 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.

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura