

Termo de consentimento livre e esclarecido
Colonoscopia terapêutica com dilatação

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 **colonoscopia terapêutica com dilatação**, autorizando a realização do mesmo.

Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação com o meu médico assistente.

O exame envolve a passagem de um aparelho pelo ânus. O médico poderá examinar o reto, os cólons e a porção final do intestino delgado e, se necessário, realizar biópsias e outros procedimentos.

Sei que deverei estar em jejum absoluto e com preparo para esvaziar meu intestino.

Sei que serei submetido à sedação através da administração de medicação venosa ou à anestesia geral venosa, conforme o meu estado clínico e julgamento do médico da equipe de anestesiologia.

Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raros, podem ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.

Eu compreendi que minhas dificuldades para evacuar se devem a um estreitamento no intestino ou consequência da cirurgia a qual fui submetido, que pode ser aliviada por cirurgia ou dilatação por via endoscópica, através da introdução de balões ou sondas dilatadoras. Mais de uma sessão será necessária.

Optei pela dilatação por via endoscópica e estou ciente que este procedimento terapêutico é importante no meu tratamento e de que há risco de complicações como perfurações ou sangramentos.

A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de vida podem se fazer presentes.

Sei que apesar de tais riscos este procedimento representa a opção por mim escolhida para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

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

Termo de consentimento livre e esclarecido
Colonoscopia terapêutica com dilatação

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o/a Dr(a). _____,
CRM-SC _____ a executar a colonoscopia terapêutica com dilatação 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