

Termo de consentimento livre e esclarecido
Endoscopia digestiva alta

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 **endoscopia digestiva alta**, 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 flexível pela boca.

O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biópsias e outros procedimentos.

Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 12 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico e restos alimentares para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.

Compreendi que a endoscopia digestiva alta é um exame seguro, mas que como todo ato médico, não é isenta de riscos.

As complicações mais comuns são as relacionadas com a sedação, com inflamação das veias utilizadas para administrar a medicação.

Complicações mais graves, como perfurações e sangramentos, são excepcionais em exames diagnósticos.

Sei que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa.

Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.

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.

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 que compreendi, concordei e autorizo o/a Dr(a). _____,
CRM-SC _____ a executar a endoscopia digestiva alta solicitada por meu médico assistente.

Termo de consentimento livre e esclarecido
Endoscopia digestiva alta

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