

Termo de consentimento livre e esclarecido  
**Enteroscopia por duplo balão**

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 **enteroscopia por duplo balão**, autorizando a realização do mesmo.

A enteroscopia com duplo balão é um exame no qual o aparelho é introduzido através da boca (via anterógrada) ou do ânus (via retrógrada) para o diagnóstico ou tratamento de lesões do intestino delgado. Este exame está indicado nos casos de sangramento, inflamação, tumores ou estenoses.

Durante o exame podem ser realizados tratamentos endoscópicos como hemostasia do sangramento, retirada de pólipos ou dilatação de estenoses, dentre outros.

Este exame também está indicado quando a colonoscopia convencional for incompleta por dificuldade de progressão do aparelho. Também está indicada para o exame de segmentos não alcançados através dos endoscópios convencionais, nos casos de cirurgia abdominais que modificam a anatomia do tubo digestório como, por exemplo, cirurgia bariátrica.

O aparelho é similar ao endoscópio ou colonoscópio, sendo mais longo. Ele desliza dentro de um tubo (*ovetube*) para progredir por todo o intestino delgado.

Nos casos de introdução através do ânus, é necessário o preparo dos cólons através da ingestão por via oral de soluções recomendadas para o preparo.

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 serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa e, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (flebite, reação à medicação, depressão respiratória) e problemas cardiopulmonares durante o procedimento.

Podem ocorrer complicações associadas à sedação ou similar aos demais exames endoscópicos como náuseas, dor, vômito ou sangramento. Nos pacientes com cirurgia abdominal ou ginecológica o exame pode ser mais difícil e/ou mais doloroso. Pode ocorrer elevação transitória da enzima amilase após o exame. Embora raramente, podem ocorrer complicações como pancreatite aguda ou perfuração. No caso de perfuração, pode ser necessário cirurgia de urgência. Em alguns casos, o exame pode ser incompleto ou necessitar ser complementado, através de novo exame com preparo dos cólons, por via retrógrada.

Eu compreendi que procedimentos diagnósticos e terapêuticos como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento, uso de argônio, remoção de pólipos (com uso de corrente elétrica), dilatações ou outros procedimentos podem ser necessários durante o exame. Quando removidos e recuperados, os materiais serão enviados para análise histopatológica. Sei que esses procedimentos terapêuticos aumentam o risco de outras complicações como: sangramento, úlceras ou perfuração.

A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de vida.

Declaro que fui informado e compreendi o objetivo, os resultados esperados e as complicações da

Termo de consentimento livre e esclarecido  
**Enteroscopia por duplo balão**

enteroscopia com duplo balão. Declaro que me foram fornecidas todas as informações e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas. 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 enteroscopia por duplo balão 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