

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 **gastrostomia endoscópica**, autorizando a realização do mesmo.

Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biópsias ou 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 para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.

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 este procedimento inclui, além da endoscopia digestiva alta, a realização de uma incisão no abdome e a passagem, através deste orifício, de uma sonda que permanecerá, para via de acesso de alimentação e/ou administração de medicamentos.

Estou ciente que este procedimento terapêutico aumenta o risco de complicações, tais como dor, ulceração, infecção, deslocamento da sonda, perfuração de alça intestinal ou complicações tardias relacionadas com o cuidado com a sonda.

Os cuidados especiais de manuseio, limpeza serão orientados pela equipe médica e realizados pela enfermagem que atende o paciente. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, e podem necessitar de hospitalização para observação clínica, podendo ser preciso nova endoscopia, cirurgia de urgência, e resultar em risco de morte.

Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento.

Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento Informado, 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 gastrostomia 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

Termo de consentimento livre e esclarecido
Gastrostomia endoscópica

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