

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 **retossigmoidoscopia flexível**, autorizando a realização do mesmo.

Eu compreendi que serei submetido a um procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente, que envolve a passagem de um aparelho através do ânus para o médico examinar a parte final do intestino grosso e, se necessário, realizar biópsias (retirada de fragmentos da mucosa do intestino para exame) ou outros procedimentos.

Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto ou lesões poderão passar despercebidas, especialmente em caso de preparo intestinal insatisfatório, ou seja, caso haja fezes no interior do intestino. O exame ainda poderá ser incompleto quando houver alguma obstrução à passagem do aparelho ou dificuldade técnica para sua realização. O exame poderá ser suspenso e ser necessária uma nova marcação e novo preparo intestinal.

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 durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, dilatações ou ainda remoção de pólipos com uso de pinças e alças diatérmicas. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

Sei que esses procedimentos terapêuticos, são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações.

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 morte podem se fazer presentes.

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 e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contatar o Gastro Medical Center.

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

Termo de consentimento livre e esclarecido
Retossigmoidoscopia flexível

esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o/a Dr(a). _____,
CRM-SC _____ a executar a retossigmoidoscopia flexível solicitada 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