



# GASTROGERAIS

GASTROENTEROLOGIA & ENDOSCOPIA

## COLONOSCOPIA – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE O EXAME.

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

RG ou CPF: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

CIDADE QUE RESIDE: \_\_\_\_\_

NOME DO ACOMPANAHANTE E RELAÇÃO COM O PACIENTE (PAI, FILHO,  
AMIGO, VIZINHO ETC):

\_\_\_\_\_

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados aos cuidados aos quais poderá ser submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

Declaro que fui esclarecido que o procedimento pode ocasionar, eventualmente, intercorrências conforme a seguir:

As complicações relacionadas à colonoscopia podem decorrer do preparo do cólon, da sedação, do exame propriamente dito ou de procedimentos complementares realizados. O preparo pode gerar intolerância que se refletirá em náuseas, vômitos e distensão abdominal. Como o preparo induz diarreia, pode ocorrer desidratação.

As medicações utilizadas na anestesia podem provocar reações locais e sistêmicas de natureza cárdio-respiratória, incluindo a diminuição da oxigenação sanguínea e alterações do ritmo cardíaco (bradicardia e taquicardia) e da pressão

arterial sistêmica (hipotensão e hipertensão). Esses parâmetros são monitorizados durante o exame com o uso de monitor de oxigenação sanguínea e de controle da frequência cardíaca.

A perfuração intestinal é uma complicação rara e ocorre em cerca de 0,05% das colonoscopias com finalidade diagnóstica. Na ressecção de pólipos, a perfuração ocorre em 0,03 a 1% e a hemorragia em 0,02% dos procedimentos, podendo acontecer no momento do exame ou tardiamente. Logicamente os médicos tomarão todas as providências para evitar, minimizar ou tratar estas intercorrências, caso houverem, com total esclarecimento ao paciente e seus familiares.

Após o procedimento você se recuperará da sedação no Serviço de Endoscopia Digestiva e será liberado somente após avaliação médica. Devido aos efeitos da medicação, você não deve dirigir carros, operar máquinas, ou beber álcool até o dia seguinte ao exame, quando poderá retornar às suas atividades rotineiras. Após o exame, você pode voltar a sua dieta normal e a fazer uso de suas medicações rotineiras, a menos que tenha sido instruído do contrário por seu médico.

Eu entendo que a proposta dos cuidados a mim apresentada, tais como benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foi explicada claramente pelo médico assistente e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de forma satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas tenho consciência de que todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis serão utilizados na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido, e sanada todas as dúvidas. Autorizo, portanto, a prestação de cuidados conforme prescrição médica.

Autorizo, em caso de acidente com materiais perfuro-cortantes (ou seja, uma agulha com meu sangue perfurar um médico ou enfermeira), de ter meu sangue colhido para avaliação laboratorial de pesquisa de vírus.

**Autorizo a realização dos procedimentos prescritos pelo (a) Dr. \_\_\_\_\_, CRMMG\_\_\_\_\_.**

**Exame agendado dia: \_\_\_\_\_**

**Local do exame: ( )Clínica Gastrogerais\_\_\_\_( )Hospital \_\_\_\_\_**

**ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**SETE LAGOAS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.**