

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para Exames Endoscópicos

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil, a autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

III – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

IV – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

V – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, _____, na qualidade de
 paciente responsável - grau de parentesco _____, data de nascimento
 ____/____/____, inscrito(a) no CPF nº _____, DECLARO ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I - A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento endoscópico a que serei submetido:

- Endoscopia Digestiva Alta com Biopsia;
- Colonoscopia;
- Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica;
- Retossigmoidoscopia;
- Gastrostomia Endoscópica;
- Outros: _____

II - Fui informado (a) que o procedimento consiste em: _____;

III – Estou ciente de que das avaliações e dos exames realizados revelam a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e /ou hipótese(s) diagnóstica(s): _____;

IV – O procedimento endoscópico indicado é invasivo e, conseqüentemente não é isento de riscos podendo haver intercorrências, tais como: hipotensão; desidratação; cólica abdominal; tonturas; desmaios; infarto agudo do miocárdio; reações alérgicas as medicações utilizadas; reações locais e sistêmicas as medicações utilizadas, 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); sangramento; perfuração na parede esôfago/estômago ou intestino; infecção; embolia; aspiração; flebite; perda ou quebra de dente em exames de endoscopia digestiva alta; pancreatite (em exame de colangiopancreatografia, enteroscopia alta e ecoendoscopia); lesões de pele por atrito na movimentação do cliente. Complicações graves dos procedimentos endoscópicos são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetir a endoscopia, tratamento por radiologia, cirúrgica, internação em unidade de terapia intensiva ou muito raramente, levar a óbito;

VIII – Foram-me explicados os benefícios, tais _____;

IX – Foram-me explicados sobre os tratamentos alternativos: _____;

X – Estou ciente que em caso de dúvidas quanto aos sinais e sintomas pós procedimento poderei contatar o(a) médico(a) solicitante assim como o serviço de Pronto Atendimento deste Hospital;

XI – Eu declaro, sem nada ocultar, que:

a) Sobre o estado de saúde e doenças: _____;

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio: _____

b) Alergia a medicamento(s): () Sim () Não. Em caso positivo, qual(is)? _____;

c) Uso contínuo ou eventual de medicamento(s): () Sim () Não. Em caso positivo, qual(is)? _____; e

d) Observei todas as orientações necessárias para o procedimento e que eu fui orientado(a) quanto a necessidade de suspensão ou manutenção desta(s) medicação(ões), da seguinte forma: _____

XII – Caso se fizerem necessários, eu () autorizo () não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado.

XIII – Eu () autorizo () não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

XIV – Eu () autorizo () não autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.

XV – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir** a realização do procedimento acima assinalado.

XVI – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

XVII – Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). _____ CRM _____ **DECLARO** que expliquei ao(a) Sr(a). _____, de forma clara e objetiva, sobre o procedimento de realização do exame ao qual o(a) paciente acima identificado(a) está sujeito(a), bem como sobre os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____