

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data do Exame: ____/____/____

Pront: _____ Atend: _____ Médico Solicitante: _____

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o **procedimento denominado COLONOSCOPIA**. 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 o interior do intestino grosso e parte terminal do intestino delgado** e, se necessário, realizar biópsias (retirada de fragmentos da mucosa do intestino para exame) **ou outros procedimentos**.
2. **Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto ou lesões poderão passar despercebidas**, em caso de **preparo intestinal insatisfatório**, ou seja, 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**.
3. 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 Endoscopia Digestiva.
4. 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**.
5. 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, **remoção de pólipos** com uso de bisturi elétrico ou **dilatações**. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para **análise histopatológica**.
6. 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.
7. 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.
8. **Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o Serviço de Endoscopia do Hospital de Clínicas de Itajubá.**
9. Sei que mantenho o **direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento** pós-informado, **antes que o procedimento** objeto deste documento **tenha se realizado**.
10. 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 Dr(a). _____ CRM _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

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.

Itajubá, ____/____/____.

Nome legível_____
Assinatura (Paciente e/ou Responsável)_____
Nome legível_____
Assinatura (Testemunha)