

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ - _____ Telefone () _____

R.G.: _____ Órgão Emissor: _____

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: É um exame realizado com endoscópio flexível, maleável e eficiente, permitindo a observação da mucosa sob visão direta dos segmentos do trato gastrointestinal superior. As indicações para realização desse exame podem ser de caráter diagnóstico, envolvendo todas as enfermidades que acometem ou modificam a mucosa do aparelho digestivo superior, possibilitando a realização de biópsias, sendo por isso o primeiro exame de escolha. É também um exame de fácil manuseio e execução, com baixa morbimortalidade.

Neste serviço, a endoscopia é realizada sob sedação venosa com monitoração da oximetria de pulso devido a natureza desconfortável do exame.

Os aparelhos e acessórios são desinfetados após cada exame com soluções específicas, que inibem riscos de contaminação e, posteriormente, são testados antes da realização de qualquer procedimento.

A realização deste exame poderá trazer os seguintes benefícios: diagnóstico precoce e preciso de várias doenças gastrintestinais, acompanhamento de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de tumores ou afecções do aparelho digestivo, além de propiciar intervenções terapêuticas cirúrgicas tais como polipectomias e/ou hemostasias de lesões sangrentas, evitando assim, em muitos casos, a realização da cirurgia convencional.

As aplicações decorrentes da endoscopia são raras e de baixa morbimortalidade. Podem ocorrer distensão e/ou dor abdominal, arritmias cardíacas, reações alérgicas (anafilaxia), aspiração, pneumologia, infecção, sangramento, enfisema pleural, derrame pleural e abscesso à distância. A medicação endovenosa administrada durante o exame pode causar flebite e, em raríssimos casos, depressão respiratória, que pode ser revertida com antagonistas como Flumazenil e Naloxona.

Dando minha permissão para a endoscopia digestiva alta, eu declaro que entendi o seguinte:

- Entendo que a endoscopia tem como finalidade o diagnóstico de enfermidades que acometem ou modificam a mucosa do trato gastrointestinal superior.
- Entendo que o exame de endoscopia é realizado sob sedação venosa e analgesia, mantendo monitoração de oximetria de pulso.
- Entendo que durante o procedimento de endoscopia podem ser necessárias outras intervenções tais como: biópsias, hemostasia de lesões sangrantes e polipectomias.
- Entendi as complicações que podem decorrer na endoscopia e/ou procedimentos associados (biópsias, hemostasias e/ou polipectomias).
- Eu entendi as informações presentes neste termo e o meu médico respondeu as questões de maneira satisfatória.
- Estou ciente das explicações e condições expostas acima e concordo com a realização da endoscopia e, caso necessário, de biópsia, hemostasia e polipectomia.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

www.amepsaude.com.br

www.amepassistenciamedica.com.br

Rua Araguaia, 13 - Freguesia - Rio de Janeiro - Tel.: 21 3382-9150 / 2424-4943

Av. Nelson Cardoso, 864 - Taquara - Rio de Janeiro - Tel.: 21 3382-7070

Rua Andrade Figueira, 167 - Madureira - Rio de Janeiro - Tel.: 21 3877-9000

Estrada Mal. Miguel Salazar Mendes de Moraes, 254 - Taquara - Rio de Janeiro - Tel: 3559-6565