

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO**

Declaro que, estou ciente dos riscos de complicação, que embora pouco comuns, são passíveis de ocorrer durante o procedimento de Endoscopia Digestiva / Colonoscopia / Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica – CPRE(Diagnóstica e/ou Terapêutica) / Broncoscopia / Ecoendoscopia, e que havendo necessidade, será retirado material para anátomo patológico (biópsia) para investigação. Os riscos de complicação me foram explicados pelo corpo clínico do Hospital Dom Alvarenga e que incluem, entre outros:

Parada ventilatória com potencial risco para intubação endotraqueal e ventilação mecânica, Arritmias cardíacas, Reações analépticas, Broncoaspiração, Pneumonia, Perfuração de esôfago, estômago, pâncreas, duodeno e colón, Infecção, Pneumomediastino e ensema subcutâneo, Derrame pleural, Sangramento, Colangite, Pancreatite, Lesão de baço, Mediastinite.

E que tais complicações podem resultar em tratamento cirúrgico ou internação hospitalar.

- 1) Que para a realização do procedimento será necessário o emprego de sedação, que será administrada pelo próprio médico endoscopista. Compreendo e aceito que a administração de sedativos via endovenosa pode causar complicações, ainda que isso seja pouco frequente;
- 2) Entendo que durante o exame poderão apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo exame acima referido, assim como também poderá(ão)ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s);
- 3) Estou ciente que a medicação ministrada na ocasião do exame causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda, causar alergia cutânea e/ou mucosa, deste modo: não posso dirigir veículos ou operar máquinas no período de 12 (doze) horas após a realização do exame; não ingerir álcool no prazo de 12 (doze) horas após a realização do exame e; na ocasião do exame apresentar-me com um adulto responsável; não devo também assinar documentos no período de 12 (doze) horas após a realização do exame; em casos de sinais alérgicos após o exame, entrar em contato com o setor de endoscopia ou o médico solicitante.
- 5) Recebi todas as explicações quanto aos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
- 6) Por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado de forma como exposto, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude de cada evento, utilizando-se de todos os recursos disponíveis no Hospital Dom Alvarenga.
- 7) É de meu conhecimento que existe um monitoramento por câmeras, dos pacientes e profissionais em sala de procedimentos, por questões de segurança do processo assistencial. As gravações serão mantidas em sigilo, em respeito à LGPD e ao Código de Ética Médica, salvo em solicitação por ordem legal.
- 8) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

(Preencher quando não houver etiqueta)

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Nome: _____	Nome: _____
RG: _____	RG: _____ Grau de parentesco: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO**

Declaro que fui o informante deste termo e expliquei o seu conteúdo, esclarecendo possíveis dúvidas

Médico (nome completo legível): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_