



**Clínica Endosinos**

**Endoscopia Digestiva e Broncoscopia**

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

**Nome do Paciente:**

**Data do Exame:**

**Solicitado por:**

**Clínica/Hospital:**

**Tel. do Paciente:**

**Tel. Testemunha:**

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 Centenário.

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 Médico Endoscopista da Clínica Endosinos a 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.

São Leopoldo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome legível Assinatura (Paciente e/ou Responsável)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome legível Assinatura (Testemunha)