



CLÍNICA ENDOSINOS

ESPECIALIZADA EM APARELHO DIGESTIVO

Consultas: (51) 3037 6086 Exames: (51) 3099 1399

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO COLONOSCOPIA

Eu _____, autorizo a equipe de endoscopia digestiva da Clínica em São Leopoldo-RS, a realizarem o procedimento proposto COLONOSCOPIA, como forma de diagnóstico e/ou tratamento para o meu quadro clínico. O médico explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o procedimento existem outras que podem ocorrer num período imediato ou tardio após a sua realização.

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente (ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "COLONOSCOPIA", e todos os procedimentos que o incluem. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico, anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ou autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a Colonoscopia é realizada para examinar o íleo terminal, colons e reto através da introdução por via anal de um aparelho flexível. Este aparelho possui um sistema de fibras óticas e uma micro camera que ilumina o interior dos órgãos digestivos e proporciona a visão completa. Desta forma, a Colonoscopia auxilia no diagnóstico de doenças do aparelho digestivo baixo através de biópsias, no acompanhamento do seu tratamento e também na remoção de lesões como pólipos, tratamento de sangramentos e outros procedimentos terapêuticos.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos, principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos endoscópicos.
2. Dores abdominais após o exame.
3. Perfurações (eventos mais raros, relativos aos procedimentos como polipectomia)
4. Aminésia após exame, decorrente do uso de Midazolam.
5. Dificuldade respiratória em função da sedação.
6. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões, evento reduzido devido ao jejum absoluto de 6 horas.

INFECÇÃO HOSPITALAR:

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos trato digestivo, respiratório ou urinário);

2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, Segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressas em pleno consentimento para sua realização.

São Leopoldo,

de

de 2022.