



*Clínica Endosinos*

**Endoscopia Digestiva e Broncoscopia**

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

**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 **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biópsias ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Sei que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa e anestesia da garganta com um spray de lidocaína, visando reduzir ou abolir os reflexos de vômitos.
3. Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.
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 este tratamento inclui, a realização da endoscopia digestiva alta, seguida ou não da dilatação do trajeto obstruído e a introdução e posicionamento de uma estrutura cilíndrica, metálica ou plástica, que tem como objetivo aliviar a obstrução do meu trato digestivo, e permitir que eu volte a me alimentar pela boca.
6. Estou ciente que este procedimento terapêutico pode resultar em dor, ulceração, perfuração, sangramento, infecção, deslocamento da prótese, e até perda da mesma que levam a necessidade outros procedimentos adicionais como exames radiológicos, outros exames endoscópicos ou mesmo cirurgia. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, e necessitam de hospitalização para observação clínica, podendo ser necessária cirurgia de urgência, e resultar em risco de morte.

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 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 A Clínica Endosinos ou o setor de emergência 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)