



# AAA Endoscopia

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Por este instrumento eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),

RG \_\_\_\_\_ ou meu responsável legal, o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que preciso realizar o procedimento designado de Gastrostomia Endoscópica Percutânea, que consiste na introdução de um aparelho de endoscopia pela boca até o estômago, sendo então realizado uma incisão na pele do abdômen, por onde será introduzida uma sonda de alimentação. Tal sonda ficará implantada diretamente no estômago e será utilizada para a alimentação e administração de medicamentos por este caminho.

O exame será realizado pelo serviço AAA Endoscopy S/S Ltda. O responsável pelo procedimento será o médico :Dr(a) \_\_\_\_\_

Estou ciente de que, **apesar de infrequentes**, neste procedimento podem ocorrer complicações, tanto decorrentes do procedimento, como sangramentos, infecções e perfurações para cavidade abdominal, como complicações ligadas ao ato anestésico.

Estou ciente também de que não sou obrigado a realizá-lo, **mas que a sua não realização** diante de uma indicação médica poderá me trazer consequências graves, tais como pneumonias de repetição e sequelas pulmonares devido a infecções pulmonares repetidas.

Declaro ainda que me foi lido e/ou li e compreendi todo o conteúdo deste instrumento e/ou que meu responsável legal leu e compreendeu todo o conteúdo deste instrumento e que foram respondidas de forma esclarecedora, todas as perguntas feitas a respeito do procedimento a ser realizado. Também declaro que me comprometo a comparecer no dia do exame com acompanhante e a respeitar integralmente todas as instruções fornecidas pelo médico assistente antes, durante e depois da realização do procedimento, estando ciente de que o seu não cumprimento pode me acarretar riscos e complicações, como as já descritas.

Autorizo também ao médico assistente a tomar todas as medidas necessárias para a minha recuperação, como **internamento, correções cirúrgicas e transfusões sanguíneas**, caso ocorram complicações que coloquem minha vida em risco.

Assim, tendo lido este termo, sendo esclarecido sobre o procedimento, seus riscos e complicações mais comuns, expressei meu pleno, livre e esclarecido consentimento para a sua realização no serviço de endoscopia AAA Endoscopy S/S Ltda .

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_