
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA

Por este instrumento eu, _____ (nome completo)

RG nº _____, ou meu responsável legal _____

(Nome completo, RG nº _____) declaro estar ciente que:

- 1) Por indicação de meu médico assistente e para investigação de meus sintomas, estou ciente da necessidade na realização do procedimento diagnóstico e/ou terapêutico chamado de COLONOSCOPIA.
- 2) Este exame é realizado por meio da introdução de um aparelho fino, tubular e flexível pelo ânus, que é específico para este exame, com o objetivo de avaliar o interior do intestino grosso e o final do intestino delgado.
- 3) Para a realização do exame é necessário uma limpeza intestinal, com o uso de medicamento laxante apropriado.
- 4) Estou ciente de que a falta de preparo adequado poderá prejudicar ou até mesmo impedir a realização do exame.
- 5) Deverei estar em **jejum absoluto, inclusive de água**, por cerca de seis horas antes do exame, porque caso esteja com estômago cheio, há risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia grave.
- 6) Concordo em realizar medicação por via venosa, caso seja necessário.
- 7) A sedação raramente pode ter complicações como dor e inflamação no local da injeção. Ainda mais raramente pode ocorrer reação alérgica à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
- 8) 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.
- 9) Entendo 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, inclusive com necessidade de hospitalização, cirurgia e até mesmo UTI. Sei que em caso de complicações, pode ser necessário a realização de transfusão sanguínea, procedimentos endoscópicos adicionais e cirurgia de urgência (apesar disso ser muito raro).
- 10) Compreendo que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento de minha doença. Portanto, autorizo o médico e sua equipe a realizar o exame e a tomar todas as medidas necessárias para a minha recuperação, principalmente em caso de complicações.
- 11) Estou ciente de que caso seja feito algum tipo de anestesia, **necessito obrigatoriamente estar acompanhado**, porque fui orientado pelo médico de que estarei sujeito a riscos de sofrer possíveis acidentes, como quedas. Também estou ciente de que pela mesma razão **ficarei impossibilitado de dirigir durante todo o dia após o exame**.
- 12) Declaro ainda que li ou me foi lido todo o conteúdo deste termo, o compreendi, e que foram respondidas todas as minhas dúvidas de forma esclarecedora pelo médico assistente a respeito do procedimento a que vou me submeter.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr (a). _____

CRM _____ a executar o exame solicitado pelo meu médico assistente.

Declaro também que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações às 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.

_____ (Assinatura do paciente ou responsável legal)

_____ (Assinatura do acompanhante)

Curitiba, _____ de _____ de _____.