

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

---

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, necessito realizar o procedimento diagnóstico e/ou terapêutico chamado de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, que é realizado por meio da introdução de um aparelho tubular e flexível de endoscopia pela boca, para a avaliação do esôfago, estômago e início do intestino delgado.
- 2) Deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, porque meu estômago deverá estar vazio. Caso contrário, haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, e isso poderá resultar em pneumonia.
- 3) Caso eu tenha optado por realizar exame com o uso de sedativos, declaro que o tipo de sedação foi discutido comigo antes do exame e sei que poderá ser alterado conforme decisão médica.
- 4) Concordo em realizar medicação por via venosa, caso seja necessário.
- 5) 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.
- 6) Durante o exame 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.
- 7) Entendo que esses procedimentos terapêuticos são importantes para o 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).
- 8) Compreendo que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Portanto, autorizo o médico e a sua equipe a realizar o exame, a tomar todas as medidas necessárias para minha recuperação, principalmente em caso de complicações.
- 9) 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**.
- 10) 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 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.

\_\_\_\_\_ (Assinatura do paciente ou responsável legal)

\_\_\_\_\_ (Assinatura do acompanhante)

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