



# AAA Endoscopia

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA

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

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

RG \_\_\_\_\_ declaro estar ciente que preciso realizar o procedimento designado de Dilatação Endoscópica. Este é um procedimento pelo qual é introduzido o aparelho de endoscopia pela boca, sendo o mesmo progredido pelo esôfago até o local a ser dilatado. Após localizar o local da dilatação, é passada uma sonda com um balão em sua ponta, que será insuflado para poder dilatar o local da estenose (local que está estreitado, com dificuldade na progressão do alimento).

O exame será realizado pelo Serviço AAA Endoscopy S/S Ltda. O responsável pelo procedimento será o Médico: Dr(a)

Estou ciente que **não sou obrigado a realizá-lo**, mas que a sua não realização poderá me trazer consequências tais como dor para se alimentar, desnutrição e regurgitações, com risco de pneumonia por broncoaspiração.

**Estou ciente que embora seja raro, este procedimento tem os seguintes riscos e/ou complicações: reações alérgicas, dor abdominal, náuseas, vômitos, sangramentos, infecção, perfuração para cavidade abdominal com eventual necessidade de correção endoscópica e/ou cirúrgica, bem como necessidade de internamento em casos de complicações maiores.**

Declaro ainda que li ou me foi lido e que compreendi todo o conteúdo deste instrumento ou que meu responsável legal leu e compreendeu todo o conteúdo deste instrumento. Também declaro que foram respondidas de forma esclarecedora, todas as perguntas feitas à respeito do procedimento a ser realizado. Afirmo que me comprometo a comparecer para o exame com acompanhante e a respeitar integralmente todas as instruções fornecidas pelo médico assistente antes, durante e depois da realização deste procedimento, estando consciente 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 endoscópicas e cirúrgicas, bem como 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 \_\_\_\_\_