



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PASSAGEM DE PRÓTESE AUTOEXPANSÍVEL TOTALMENTE RECOBERTA

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 **Passagem de Prótese Endoscópica Totalmente Recoberta**. Este é um procedimento pelo qual é introduzida uma prótese autoexpansiva no tubo digestivo do paciente, com o objetivo de tentar cicatrizar uma deiscência de sutura (falha na costura cirúrgica), com ou sem formação de fistula (que é a comunicação anormal entre dois órgãos, com trânsito de secreções entre os mesmos). Sei que este procedimento é necessário para um tratamento menos invasivo, pois pode evitar uma nova cirurgia. Também estou ciente que o paciente necessitará realizar uma nova endoscopia para realizar a retirada da prótese, entre 4 a 6 semanas, após a implantação do dispositivo.

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

**Estou ciente que este procedimento tem os seguintes riscos e/ou complicações:**

- Dor abdominal, devido a presença de corpo estranho no tubo digestivo
- Surgimento de novas fistulas, que embora seja um evento raro, pode ocorrer devido a pressão da prótese em um local de angulação
- Migrações da prótese, com necessidade de realizar novas endoscopias para reposicionamento. Estou ciente que em alguns casos de migração, não é possível a retirada do dispositivo por endoscopia, podendo ser necessário a realização de cirurgia para a retirada da mesma.

Compreendo que esta é uma **TENTATIVA DE TRATAMENTO**, sabendo que mesmo após o uso da prótese por tempo adequado, em alguns casos não ocorre o fechamento completo da deiscência/fistula.

Estou ciente que não sou obrigado(a) a realizá-lo, mas que a sua não realização poderá me trazer consequências tais como **pneumonias, quadros infecciosos e eventualmente óbito**, caso nenhum tratamento seja realizado.

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 que feitas à respeito do procedimento a ser realizado. Também, declaro que me comprometo a comparecer para o exame com acompanhante (exceto paciente internado) e a respeitar integralmente todas as instruções fornecidas pelo médico assistente antes, durante e depois da realização do 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 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, expresso 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 \_\_\_\_\_