
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL

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 chamados de RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL que é realizado através da introdução de um aparelho tubular e flexível pelo ânus, para a avaliação do terço final do intestino grosso.
- 2) Deverei ter realizado o preparo intestinal, conforme me foi orientado, na véspera do exame.
- 3) Deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
- 4) Concordo em realizar sedação por administração de medicação venosa.
- 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 diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biopsias, 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 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, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. Sei que em caso de complicações, pode ser necessário a realização de transfusão sanguínea, procedimentos endoscópicos adicionais e cirurgia de urgência, com risco de óbito (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 para realizar o exame, a tomar todas as medidas necessárias para a minha recuperação, principalmente em caso de complicações.
- 9) 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 _____.