

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA COLONOSCOPIA**

Nome do Paciente:.....

Nome Social do Paciente:.....

Data de Nascimento:...../...../....., Sexo: () M () F, declara através deste instrumento particular, para todos os fins legais, que está ciente que será submetido(a) a uma COLONOSCOPIA solicitada pelo médico assistente e que foram claramente esclarecidos e explicados os benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo:

1. DEFINIÇÃO: A Colonoscopia é um exame endoscópico do cólon (intestino grosso) e do íleo terminal (porção final do intestino delgado) através de um aparelho flexível (colonoscópio) introduzido pelo ânus. Além da inspeção da mucosa intestinal, a colonoscopia permite a realização de biópsias (retirada de fragmentos de tecido) ou procedimentos terapêuticos que podem ser úteis no estabelecimento do diagnóstico e tratamento.

2. PROCEDIMENTO:

- a) para a realização da colonoscopia, é muito importante que seja feito um PREPARO INTESTINAL (orientações entregues a parte) para que o interior do cólon esteja limpo e assim o exame possa ser feito com o máximo de segurança e eficácia. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de efeitos colaterais. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão do exame. Neste caso é necessário um novo agendamento e preparo;
- b) para a realização do exame o paciente deve estar em JEJUM de 8 (oito) horas, com exceção somente de água, água de coco e Gatorade sabor limão, que pode tomar até 4 (quatro) horas antes do exame – fazer 4 horas de JEJUM ABSOLUTO; caso contrário haverá risco de graves complicações, com o bronco aspiração (passagem de conteúdo gástrico para o pulmão);
- c) o paciente ou responsável deverá fornecer todas as informações sobre o seu estado de saúde, doenças, gravidez (se mulher em idade fértil), histórico de alergias e medicações das quais faz uso contínuo ou eventual (especialmente anticoagulante, anti-agregante plaquetário ou remédios que podem interferir no exame), sem nada ocultar, e poderá ser orientado quanto à necessidade de suspensão dessas medicações.
- d) óculos, próteses dentárias, *piercing* e todos os adornos metálicos deverão ser removidos antes do exame, devido ao risco de queimadura da pele caso seja necessário o uso do bisturi elétrico;
- e) o paciente será submetido a uma sedação (administração de medicamento pela veia que provoca sonolência e relaxamento) com supervisão de um profissional.

3. RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- a) o preparo intestinal induz à diarreia e pode gerar efeitos colaterais como intolerância gástrica (náuseas, vômitos ou distensão abdominal), desidratação ou desequilíbrio dos eletrólitos. Na ocorrência de efeitos colaterais importantes, fui orientado(a) a: (i) interromper o preparo, (ii) comunicar o médico responsável, e (iii) procurar um pronto-atendimento mais conveniente e próximo, para avaliação;
- b) a administração de sedativos pode causar incômodos menores (dor, manchas roxas ou inflamação no local da injeção) ou complicações mais sérias, porém muito raras (menos de 1% dos casos), como reação à medicação ou problemas cardiorrespiratórios. A situação do paciente é constantemente monitorizada durante o exame e a equipe está habilitada para o tratamento imediato de qualquer complicação;
- c) durante o exame pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico adicional, especialmente em casos de urgência/emergência, como: remoção de pólipos ou lesões (polipectomia ou mucosectomia), controle de sangramentos (através de injeção de substâncias ou cauterização elétrica), prevenção de perfurações (através de cliques endoscópicos) entre outros. Esses procedimentos terapêuticos são importantes no tratamento, mas aumentam o risco de complicações, mesmo que tenham sido realizados sob os mais rigorosos padrões técnicos;
- d) o risco de sangramento ou perfuração intestinal durante o exame diagnóstico é muito raro (cerca de 0,05% das colonoscopias diagnósticas). Havendo necessidade de ressecção de pólipos/lesões o risco de perfuração ou sangramento (hemorragia) aumenta (relacionado com o tamanho da lesão), podendo ocorrer no momento do procedimento ou até mesmo dias após. Estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de transfusão sanguínea, hospitalização e incluir a necessidade eventual de procedimento endoscópico adicional ou cirurgia de urgência. Apesar de muito raro, pode haver risco de óbito. A Clínica Concon dispõe de materiais, equipamentos e medicamentos para atendimento a eventuais urgências;
- e) durante o exame e/ou procedimento(s) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- a) Após o exame, o paciente permanecerá na sala de recuperação por alguns minutos, até que os efeitos principais da sedação desapareçam, podendo sentir distensão ou um discreto desconforto no abdome.
- b) O paciente deverá, OBRIGATORIAMENTE, estar acompanhado por uma pessoa responsável e maior de idade, com capacidade para compreender as informações passadas pela equipe e, se for o caso, levar o paciente até a sua casa. O exame não será realizado sem a presença de um acompanhante;
- c) Devido à sedação, o paciente não estará apto a executar atividades que exijam atenção, tais como: dirigir veículos de qualquer tipo (inclusive trafegar em garupa de motocicleta), tomar decisões importantes, operar máquinas perigosas ou executar trabalhos pesados;
- d) O horário do exame é um horário estimado, podendo sofrer alterações devido a fatores como atrasos ou intercorrências em exames anteriores entre outros;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA

() **Particular** – Colonoscopia R\$ 1250,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 980,00 (a cada 2 pólipos retirados); Mucosectomia R\$ 1.490,00; Alça para Polipectomia R\$ 150,00 (unidade); Agulha de Esclerose R\$ 180,00 (unidade); 2 Clipes Hemostáticos R\$ 1050,00 (se usar).

() **Sindicato dos Aposentados** – Colonoscopia R\$ 1000,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 780,00 (a cada 2 pólipos retirados); Mucosectomia R\$ 1190,00; Alça para Polipectomia R\$ 150,00 (unidade); Agulha de Esclerose R\$ 180,00 (unidade); 2 Clipes Hemostáticos R\$ 1050,00 (se usar).

() **Amor & Saúde** – Colonoscopia R\$ 630,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 500,00 (a cada 2 pólipos retirados); Mucosectomia R\$ 900,00; Alça para Polipectomia R\$ 150,00 (unidade); Agulha de Esclerose R\$ 180,00 (unidade); 2 Clipes Hemostáticos R\$ 1050,00 (se usar).

() **Clínica da Cidade** – Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 500,00 (a cada 2 pólipos retirados); Mucosectomia R\$ 900,00; Alça para Polipectomia R\$ 150,00 (unidade); Agulha de Esclerose R\$ 180,00 (unidade); 2 Clipes Hemostáticos R\$ 1050,00 (se usar).

g) Em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento, o paciente poderá contatar o Serviço de Endoscopia da Clínica Concon (19) 3869-2562 durante o horário de funcionamento ou dirigir-se a um pronto-atendimento para avaliação médica.

CONFIRMO que recebi explicações e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

O(a) DECLARANTE abaixo qualificado(a), DECLARA que ESTÁ CIENTE DAS IMPLICAÇÕES DO PROCEDIMENTO AO QUAL (O PACIENTE) SERÁ SUBMETIDO(A), pois LEU, COMPREENDEU, FOI ORIENTADO(A) e DISCUTIU sobre as informações acima.

⇒ Assim, na qualidade de () **paciente** ou () **representante legal** ou () **responsável familiar** (grau de parentesco:) do(a) paciente acima qualificado(a) () **AUTORIZA** / () **NÃO AUTORIZA** a realização do exame de COLONOSCOPIA.

Fica também estabelecido o(a) paciente e/ou seu representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento, de maneira formal.

Valinhos,/...../.....

Nome do Paciente ou Responsável

CPF: | | | | | | | | | | - | | |

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável

Nome da Testemunha

(confirma que a assinatura é do paciente ou responsável)

CPF: | | | | | | | | | | - | | |

Assinatura da Testemunha

PARA SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu responsável, o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o procedimento acima descrito, além de ter respondido todas as suas perguntas; ficando tudo compreendido pelo paciente e/ou seu responsável.

Nome do Médico

Assinatura

CRM

Expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu responsável, o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o procedimento acima descrito, além de ter respondido todas as suas perguntas; ficando tudo compreendido pelo paciente e/ou seu responsável.

Nome do Médico

Assinatura

CRM