

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

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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 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 Endoscopia Digestiva Alta é um exame endoscópico da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e a porção inicial do duodeno através de um aparelho flexível (endoscópio) introduzido pela boca. Além da inspeção da mucosa, 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 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, como broncoaspiração (passagem de conteúdo gástrico para o pulmão);
- b) todas as orientações para o preparo do exame (entregues a parte) devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de efeitos colaterais. Caso o preparo seja insatisfatório ou insuficiente (ruim) pode condicionar a suspensão do exame. Neste caso é necessário um novo agendamento;
- 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.
- a) 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;
- d) antes do início do exame, será oferecida pequena quantidade de Dimeticona para retirar as bolhas da parede do estômago que prejudicam a visualização durante o procedimento;
- e) o paciente será submetido à anestesia local da garganta com um spray de lidocaína (anestésico), visando abolir os reflexos de vômito e uma sedação (administração de medicamento pela veia que provoca sonolência e relaxamento) com supervisão de um profissional.

3. RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- a) 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 0,2% 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;
- b) 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, cauterização elétrica, ligadura elástica ou aplicação de cliques endoscópicos), retirada de corpos estranhos, 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;
- c) os riscos de perfuração e sangramento são excepcionais em exames diagnósticos, aumentando, no entanto, na ocorrência de procedimentos terapêuticos. As 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;
- d) 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 a garganta adormecida ou discreto desconforto no estômago;
- 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;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

d) O horário do exame é um horário estimado, podendo sofrer alterações devido a fatores como atrasos ou intercorrências em exames anteriores entre outros;

e) Caso o exame seja realizado no particular, ou sindicato dos aposentados, ou amor & saúde e não por convênio médico, o paciente esta ciente dos valores e de procedimentos que poderão ser realizados durante o exame.

() **Particular** – Endoscopia R\$ 660,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 740,00 (a cada 2 pólipos retirados); Retirada de Corpo Estranho R\$ 500,00; Rede Coletora R\$ 460,00

() **Sindicato dos Aposentados** – Endoscopia R\$ 535,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 600,00 (a cada 2 pólipos retirados); Retirada de Corpo Estranho R\$ 400,00; Rede Coletora R\$ 460,00

() **Amor & Saúde** – Endoscopia R\$ 450,00; Biópsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 450,00 (a cada 2 pólipos retirados); Retirada de Corpo Estranho R\$ 400,00; Rede Coletora R\$ 460,00

() **Clínica da Cidade** – Biopsia (Anatomo Patológico) R\$ 180,00 por frasco; Polipectomia R\$ 450,00 (a cada 2 pólipos retirados); Retirada de Corpo Estranho R\$ 400,00; Rede Coletora R\$ 460,00

f) Em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento, o paciente poderá contatar o Serviço de Endoscopia da Clínica Concon pelo telefone (19) 3869-1222 durante o horário de funcionamento ou dirigir-se a um pronto-atendimento para avaliação médica.

DECLARO, para todos os fins legais, que dou plena autorização ao(à) médico(a) assistente do Serviço de Endoscopia da Clínica Concon identificado abaixo para executar o exame de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, e todos os procedimentos complementares, inclusive anestesia ou outras condutas que tal exame possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

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.

ENTENDI, ainda, que o objetivo deste documento é assegurar a dignidade da pessoa humana dos pacientes e médicos, contribuindo para a boa fé e a transparência, bem como manter a qualidade da relação médico-paciente.

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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

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