

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA SEDAÇÃO, ANESTESIA OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA EM PROCEDIMENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

Você será submetido a um procedimento endoscópico, conforme indicado pelo seu médico assistente. Para seu conforto e segurança é necessária a realização de sedação ou anestesia. Procedimentos anestésicos e/ou sedativos são considerados seguros e realizados no mundo todo. Mesmo assim, como todos os demais atos médicos podem apresentar riscos e complicações, ainda que ocorram raramente. Por esta razão, conforme disposto no Código de Ética Médica e Código de Defesa do Consumidor, é importante que você participe do processo de decisão de seu diagnóstico e tratamento. Leia as informações abaixo e esclareça as suas dúvidas e questionamentos com a equipe da Unidade de Endoscopia Digestiva, que estará a sua disposição antes da realização do procedimento indicado.

As informações relativas ao estado e histórico de sua saúde, hábitos e vícios são de absoluta importância para a segurança do procedimento proposto. Por esta razão através deste documento**o paciente declara estar ciente e se compromete a prestar informações verdadeiras e completas, assumindo total responsabilidade por eventuais danos ocasionados por informações prestadas de forma não verdadeira, superficial, incompleta ou omissa.**

A ocorrência de reações adversas aos medicamentos anestésicos é incomum, mas pode haver ardência e inchaço local. Em raríssimos casos podem ocorrer efeitos colaterais mais graves, como confusão mental, convulsão, falta de ar, pressão baixa e parada cardiorrespiratória.

O paciente deve saber que o uso de drogas entorpecentes como maconha, cocaína, anfetaminas, dentre outras drogas ilícitas, bem como cigarro e bebidas alcoólicas, pode interferir na ação dos medicamentos sedativos e anestésicos, inclusive trazendo prejuízos e complicações graves à sua saúde.

Durante o procedimento de sedação ou anestesia pode ocorrer situações em que o médico anestesiologista necessite modificar as condutas inicialmente propostas. Neste caso fica o médico desde já autorizado pelo paciente a adotar as providências necessárias para buscar a solução das dificuldades e complicações surgidas, inclusive o encaminhamento para internação hospitalar, transfusão de sangue ou hemoderivados, bem como a indicação de cirurgias se necessários. A Unidade de Endoscopia e a estrutura hospitalar em que você será atendido possui toda estrutura necessária para o atendimento imediato de eventuais intercorrências e complicações decorrentes da sedação, anestesia e dos próprios procedimentos endoscópicos.

O paciente deverá estar acompanhado de um adulto, pois não poderá dirigir veículos nem operar máquinas perigosas durante as primeiras **24** horas após a realização do procedimento endoscópico. Não poderá estar de carona de moto, nem andar de ônibus sozinho, ou deambular pela rua sem acompanhamento. Não poderá deixar as dependências da Unidade de Endoscopia sem ser acompanhado por quem possa leva-lo até sua residência ou outro local onde adequado para realizar o repouso recomendado com segurança.

Caso ainda tenha alguma dúvida entre em contato com a equipe da Unidade de Endoscopia ou com seu médico assistente.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Por este documento, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que li, entendi, fui informado sobre os termos deste documento, e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas sobre a necessidade do procedimento a que serei submetido, bem como seus riscos, intercorrências, alternativas e benefícios, razão pela qual dou meu consentimento e autorização para a realização de sedação e/ou anestesia indicadas pelos médicos que me atendem. Declaro que as informações que forneci são verdadeiras e completas a respeito do meu estado de saúde, assumindo todas as consequências se assim não estiver feito. Também estou ciente de que posso cancelar esta autorização antes do procedimento a ser realizado.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ACOMPANHANTE

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro saber que o paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, após ser submetido à sedação e/ou anestesia para a realização de procedimento endoscópico, não poderá dirigir veículos, nem estar de carona de moto, pegar ônibus sozinho ou andar pela rua desacompanhado. Por esta razão, assumo total e integralmente a responsabilidade pelo acompanhamento e condução do referido paciente até local adequado e apropriado ao repouso indicado por orientação médica.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do acompanhante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.