

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ORIENTAÇÕES PARA EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E OU COLONOSCOPIA

(INCLUI CONSENTIMENTO PARA SEDAÇÃO, ANESTESIA OU ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO ANESTESISTA E PARA TRATAMENTO E ARMAZENAMENTO DE DADOS PESSOAIS)

Os exames de Endoscopia Digestiva são realizados para avaliar os órgãos do tubo digestivo utilizando aparelhos que serão introduzidos através da boca no exame de Endoscopia Digestiva Alta, ou através do ânus no exame de colonoscopia. Poderá ser necessária a realização de biópsias (retirada de fragmentos de tecido), a remoção de pólipos (pequenos nódulos), ou outras intervenções conforme indicadas pelo seu médico, como dilatação de estreitamentos e tratamento de varizes esofagogástricas, por exemplo. **Siga as orientações relativas ao seu caso.**

Informe se você utiliza qualquer tipo de medicação, principalmente as que alteram a coagulação sanguínea, para que os médicos possam avaliar a necessidade de alteração desta prescrição. **Certifique-se de que você seguiu rigorosamente as orientações relativas ao preparo** e ao período de jejum necessárias, recebidas no momento do agendamento. Os médicos deverão ser informados se você tiver ingerido algo em tempo inferior ao jejum previamente determinado, para que não ocorram riscos à sua saúde.

O exame é realizado sob o efeito de sedativos ou anestésicos que serão administrados através da veia por um médico anestesiológico. As informações sobre o seu histórico de saúde, alergias, hábitos e vícios **são de absoluta importância para a sua segurança**. O uso de drogas ou medicamentos entorpecentes, bem como de cigarro e bebidas alcoólicas deve ser informado, pois podem interferir na ação dos sedativos e anestésicos, e trazer complicações graves à sua saúde.

Os exames endoscópicos e a sedação geralmente são realizados sem ocorrer maiores problemas. Porém, a literatura médica demonstra a possibilidade de haver algumas complicações. Pode ocorrer inflamação no local da introdução dos medicamentos na veia. Raramente podem acontecer efeitos colaterais ou complicações mais graves como perfurações, hemorragias, dificuldade para respirar, confusão mental, convulsão, pressão baixa e outras alterações clínicas de maior gravidade, como parada cardiorrespiratória. É muito rara a necessidade de internação hospitalar, transfusão de sangue ou cirurgia. **Algumas destas complicações podem se manifestar após a liberação do paciente**. O Serviço de Endoscopia deve ser contatado, ou o paciente ser trazido ao Pronto Atendimento do Hospital, caso apresente dor no abdome, febre, vômitos, eliminação de sangue, evacuação com fezes escurecidas, tonturas ou desmaio.

Durante o exame e a sedação pode ser necessário que os médicos modifiquem as condutas inicialmente propostas, para tratar eventuais complicações. Ao assinar este termo o paciente ou seu representante legal autoriza a equipe médica a adotar as providências necessárias para tratamento de complicações que possam ocorrer, inclusive o encaminhamento para internação hospitalar, transfusão de sangue e hemoderivados, bem como a indicação de cirurgia. **Se o paciente não concordar com a realização destes procedimentos caso sejam necessários, deverá deixar escrito de forma clara neste termo de consentimento. (*)**

Após o exame, o paciente ficará em observação por um período de até 1 hora, para recuperar suas condições clínicas normais. Este período de observação poderá ser estendido, caso necessário. Após a recuperação da sedação e da anestesia da garganta, quando realizada, o

paciente poderá alimentar-se normalmente, seguindo orientações especiais de seu médico assistente ou do médico endoscopista.

É obrigatória a presença de um acompanhante adulto. Nas primeiras 24 horas após realização do exame, você não poderá dirigir, nem estar de carona de moto, não deverá fazer uso de bebidas alcoólicas ou realizar atividade física, nem poderá andar sozinho ou realizar atividades de risco que necessitem de atenção.

O resultado do exame endoscópico será entregue no momento da liberação. **Em caso de biópsias** o material será encaminhado ao laboratório de patologia, e o laudo geralmente estará disponível em 7 dias úteis. Este resultado deverá ser levado em conjunto com o relatório do exame ao médico solicitante. A avaliação e emissão de laudos das biópsias são de responsabilidade do laboratório MACRO E MICRO; caso não estejam disponíveis no prazo determinado, o paciente deverá entrar em contato com este laboratório. No caso de atendimento particular, a cobrança dos serviços prestados na avaliação das biópsias será realizada de forma separada do exame endoscópico, e seu valor varia de acordo com as características do material removido. Caso tenha alguma dúvida em relação ao orçamento apresentado, solicite esclarecimento antes da realização do exame endoscópico. Com o objetivo de ofertar um serviço médico adequado, necessitamos ter acesso às suas informações pessoais e de saúde. Por isso solicitamos o seu CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO para que possamos utilizar os seus dados pessoais nos termos da Lei nº 13.709/2018 e alterações (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados). Ressaltamos que o Tratamento dos seus Dados Pessoais será realizado de acordo com a lei e as diretrizes contidas na nossa **“Política de Privacidade”** disponível no site <http://endogastro.com.br/>.

Termo de Compromisso do Acompanhante:

Eu, _____, RG _____ responsabilizo-me por acompanhar o paciente _____. Declaro que recebi por escrito e entendi as orientações pós-exame.

Assinatura: _____

Termo de consentimento do Paciente ou Responsável:

Eu, _____ (ou o responsável legal) declaro que fui devidamente esclarecido e informado quanto aos riscos de complicações e cuidados que devo adotar após a realização do exame endoscópico. Informo que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre (temperatura acima de 37.5 graus), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza. Declaro que me foram fornecidas todas as informações acima em linguagem clara, que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas e que me responsabilizo pelas informações que prestei. Compreendi todas as informações e autorizo a realização do procedimento indicado, bem como a utilização de meus dados conforme as disposições legais.

(*) Observações adicionais: _____

Assinatura do paciente: _____ RG: _____

Endoscopista: _____ (CRM: _____) Anestesista: _____ (CRM: _____)

Florianópolis, ____ de _____ de _____