

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____ anos: _____ meses

IH: _____ Leito: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA EXAMES ENDOSCÓPICOS

☐ ENDOSCOPIA ☐ COLONOSCOPIA

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao^(s) exame^(s)/procedimento^(s) a serem realizados, visando o cumprimento ético e legal relacionado aos riscos dos mesmos.

Declaro que fui adequadamente orientado^(a) sobre os exames de Endoscopia Digestiva Alta e/ou Colonoscopia pela Equipe de Endoscopia do Hospital do Coração, tendo lido e ouvido atentamente as orientações quanto à realização dos exames e procedimentos pertinentes a estes e concordo com a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que se revelem oportunamente necessários. Afirmo também que fui adequadamente informado^(a) sobre os riscos dos mesmos, assim como das possíveis complicações (flebites, reações alérgicas, riscos da sedação, sangramentos, apneia, perfurações entre outros), assim como também fui avisado^(a) da necessidade de retornar ao meu domicílio acompanhado^(a), não dirigir carros ou motos, operar máquinas ou exercer atividades com instrumentos cortantes, fazer a ingestão de bebida alcoólica até 24 horas após a realização do exame; estando ciente da necessidade de permanecer em repouso até o dia seguinte ao exame.

Confirmo que li as informações acima, compreendi, esclareci minhas dúvidas e concordo com a realização do exame. Pelo presente termo, declaro ainda que est ou ciente de que podem ocorrer intercorrências durante a realização do exame, assim como poderá ser necessária a modificação do procedimento inicialmente indicado em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, li e compreendi e concordo com os itens acima referido:

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legível: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade nº: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente/responsável

Médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente o propósito, riscos e benefícios da realização deste^(s) exame^(s), bem como a importância de que as informações sobre suas medicações, alergias e históricos médico sejam corretas e verdadeiras, além dos cuidados necessários após o^(s) exame^(s).

Nome: _____ Conselho/nº _____ Assinatura: _____