

O termo de consentimento será entregue no momento do exame, portanto, não precisa imprimir. Estamos disponibilizando para que você leia com calma e não fique com dúvidas.

Termo de Consentimento informado para exames endoscópicos

O termo de consentimento é um documento de informação e aceite dos riscos e benefícios dos procedimentos propostos pela equipe médica. É o processo pelo qual o paciente (ou seu representante legal) dá permissão ou recusa submeter-se a um procedimento médico. É obrigatório por lei e, na eventualidade da negativa de uma das partes em assiná-lo, o procedimento em questão não poderá ser realizado.

Os exames endoscópicos Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Colonoscopia caracterizam-se pela aquisição de imagens em tempo real da superfície interna do Esôfago, Estômago e Duodeno, no caso da EDA e do Cólon na Colonoscopia, para tal análise, é importante que estes órgãos se encontrem vazios e, portanto, necessitam de preparo com jejum para a EDA e jejum mais preparo colônico para a Colonoscopia.

Tanto a EDA como a Colonoscopia são realizados sob sedação com assistência de médico da equipe de anestesia para segurança e conforto do paciente.

Após a recuperação do exame e da sedação o paciente receberá uma refeição leve para observação de sua aceitação e será orientado, conjuntamente com seu acompanhante, dos cuidados que deverá ter nas próximas horas e dias.

Salientamos, conforme orientações prévias, que desaconselhamos a realização destes procedimentos com intervalos inferiores a 4 semanas de viagens ou compromissos importantes e que, na impossibilidade deste intervalo, a equipe médica e de enfermagem sejam avisadas pois, durante estes exames pode haver o diagnóstico e retirada de lesões, as quais podem limitar ou impedir a participação do paciente em compromissos ou viagens.

Como em qualquer procedimento, os exames endoscópicos podem gerar efeitos adversos inerentes dos próprios procedimentos, de seu preparo e medicações independentes da perícia e expertise da equipe. Dentre estes, os mais comuns:

- Flebite (inflamação no local da aplicação dos medicamentos e soro);
- Hematomas no local da infusão dos medicamentos;
- Reações alérgicas antes desconhecidas;
- Embolias (formação e migração de pequenos coágulos);
- Depressão respiratória (diminuição da oxigenação sanguínea);
- Hipotensão (queda de pressão);
- Hipoglicemia (queda das taxas de açúcar);

- Desidratação;
- Náuseas e vômitos;
- Descompensação de doenças já existentes;
- Sensibilidade ou discreto dolorimento na garganta;
- Desconforto e dor abdominal após o exame;
- Bacteremia (tremores, sensação de frio intenso);
- Febre e Infecções, entre outros.

Complicações, apesar de raras também podem ocorrer: em até 0,1% dos casos poderão ocorrer perfurações, requerendo internação e eventual tratamento cirúrgico; em até 0,6% dos casos poderão ocorrer hemorragias requerendo internação com eventual tratamento cirúrgico, se necessário, e transfusão sanguínea; em até 8% dos casos pode ocorrer bacteremia transitória e, raramente, infecção generalizada com risco de tratamento prolongado. Infecções prolongadas são extremamente raras.

Esclarecemos que durante os exames endoscópicos, tanto na EDA como na Colonoscopia podem ser identificadas lesões como pólipos, entre outras lesões, que necessitem ser retiradas por diferentes técnicas na dependência de suas características, tamanho e localização, entre outros fatores. A ressecção de lesões e/ou a realização de outros procedimentos tem maiores riscos de complicações e destas, as mais frequentes são sangramentos e perfurações.

Esclarecemos que trabalhamos com os mais rígidos critérios de segurança e estamos preparados para atender a todas possíveis complicações.

Diante do acima exposto, declaro que:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o procedimento denominado ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA e/ou COLONOSCOPIA. Eu compreendi que serei submetido a um procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente, que envolve a passagem de um aparelho (endoscópio e/ou colonoscópio) para o médico examinar o interior do Esôfago, Estômago e Duodeno e/ou Intestino grosso e, se necessário, realizar biópsias (retirada de fragmentos da mucosa para exame) ou outros procedimentos.
2. Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto ou lesões poderão passar despercebidas, em caso de preparo insatisfatório, ou seja, haja restos alimentares ou fezes no interior dos órgãos a serem examinados. O exame poderá ser suspenso e ser necessária uma nova marcação e novo preparo intestinal.
3. O exame ainda poderá ser incompleto quando houver alguma obstrução ou dificuldade técnica para a passagem do aparelho.
4. Sei que serei submetido à sedação através da administração de medicação venosa ou à anestesia geral venosa, conforme o meu estado clínico e julgamento do médico da equipe de Anestesia.

5. Compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raramente, podem ocorrer reações à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.

6. Compreendi que durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

7. Sei que esses procedimentos terapêuticos, são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado, transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de raríssimo, risco de morte.

8. Sei que apesar de tais riscos, estes procedimentos representam a melhor opção para continuidade do meu diagnóstico e/ou tratamento. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

9. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei entrar em contato com o Serviço de Endoscopia do HCor pelo telefone (11) 3053.6611 ramal 4603 ou procurar o mais rápido possível o Pronto-socorro deste mesmo hospital, ou ainda em casos de urgência, o Pronto-socorro mais próximo.

10. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.

11. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

12. Declaro estar ciente que não poderei dirigir ou realizar atividades que necessitem de atenção, não devendo ficar sozinho por um período de 12 a 24 horas após o exame.

Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96
Lei Estadual número 10.241 de 17 de março de 1999

OBS.: Para esse exame, é obrigatória a presença de um acompanhante maior de 18 anos para a volta para casa. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1886/2008, sem a presença de um acompanhante, o procedimento não poderá ser realizado.

Ass: _____
