

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Nome: _____ Data do Exame: _____ Hora: _____

1. Eu, _____, dou meu consentimento ao Dr. _____ ou sua equipe, para realização de colonoscopia com possível biópsia, retirada de pólipos, com possível coagulação ou injeção de substâncias em vasos ou tecidos, e controle de sangramento, se necessário.
2. Eu entendo que este procedimento envolve a passagem de um instrumento óptico digital através do reto para permitir ao médico a visualização do interior do intestino grosso (cólon). Sedativos, analgésicos e anestésicos podem ser administrados para minimizar o desconforto e relaxar-me para o procedimento. Esses medicamentos podem causar irritação local e/ou reação alérgica. Entendo também que, devido à anestesia/sedação eu não poderei dirigir pelo resto do dia nem devo ter compromissos para depois do exame. Entendo que devo vir acompanhado por uma pessoa adulta, que me conduzirá para casa após o exame.
3. Eu entendo os motivos da realização do exame, os quais foram adequadamente explicados a mim pelo meu médico. Entendo que devo ligar para a clínica onde consulto meu médico para esclarecer qualquer dúvida sobre o preparo ou o exame. Tive amplas oportunidades de sanar minhas dúvidas antes de assinar este termo de consentimento.
4. RISCOS: Possíveis complicações deste procedimento incluem, mas não estão limitadas a: sangramento e rotura ou perfuração da parede intestinal. Essas complicações, caso ocorram, podem requerer hospitalização, cirurgia, outra colonoscopia e/ou uma transfusão de sangue. Perfuração intestinal é uma complicação possível, mas rara, podendo ocorrer na proporção de 1 a cada 1000 exames. Sangramento, geralmente após a retirada de um pólipo, pode ocorrer na proporção de 1 a cada 1000 exames, e continuar até duas semanas após o procedimento. Outros riscos extremamente raros, mas sérios, incluem: dificuldade respiratória, ataque cardíaco e derrame. Pólipos, especialmente os pequenos, podem não ser vistos em 5 a 10% dos casos, e, muito raramente, um câncer de cólon pode não ser percebido. A colonoscopia não garante que você não terá câncer de cólon, mas a remoção de pólipos é um importante fator de diminuição do risco de você ter um câncer de cólon no futuro.
5. Eu entendo que não há garantias quanto ao resultado deste procedimento. Opções alternativas clinicamente relevantes foram discutidas e incluem pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou exames de imagem. Entendo também que esses testes têm seus benefícios e limitações.
6. Eu li e compreendi completamente este formulário de consentimento, e entendi que não devo assiná-lo se todas as minhas dúvidas não forem esclarecidas a contento, ou enquanto algum termo ou palavra usada neste formulário não ficar claro para mim. SE VOCÊ TIVER ALGUMA DÚVIDA QUANTO AOS RISCOS OU PERIGOS DO EXAME OU TRATAMENTO PROPOSTO, PERGUNTE A SEU MÉDICO AGORA, ANTES DE ASSINAR ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO. NÃO ASSINE ATÉ QUE VOCÊ TENHA LIDO E COMPREENDIDO COMPLETAMENTE ESTE FORMULÁRIO.

Assinatura do Paciente ou seu Representante Legal

Data

Hora

RG: _____

Assinatura de Testemunha

Data

Hora

RG: _____