

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESÔFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EDA)

Nome: _____ Data do Exame: _____ Hora: _____

1. Eu, _____, dou meu consentimento a Dr(a) _____ ou sua equipe, para realização de EDA (endoscopia digestiva alta), com possível biópsia, retirada de pólipos, dilatação, ligadura elástica de vasos esofágicos e/ou 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 da boca para permitir ao médico a visualização do interior do esôfago, estômago e duodeno (primeira parte do intestino delgado). Sedativos, analgésicos e anestésicos podem ser administrados para minimizar o desconforto e produzir o relaxamento necessário para o procedimento. Esses medicamentos podem causar irritação local e/ou reação alérgica. Entendo também que, devido à sedação/anestesia eu não poderei dirigir veículo 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, rotura ou perfuração do esôfago, estômago ou intestino delgado. Essas complicações, caso ocorram, podem requerer hospitalização, cirurgia, outra EDA e/ou uma transfusão de sangue. Perfuração do esôfago, estômago ou duodeno é uma complicação possível, mas rara, podendo ocorrer na proporção de menos de 1 a cada 1000 endoscopias. Sangramento, geralmente após a retirada de um pólipos, pode ocorrer na proporção de menos de 1 a cada 1000 endoscopias, e continuar até duas semanas após o procedimento.
5. Outras complicações extremamente raras, mas graves, incluem: dificuldade respiratória, ataque cardíaco, AVC (derrame) e óbito.
6. Eu entendo que não há garantias quanto ao resultado deste procedimento. Opções alternativas clinicamente relevantes foram discutidas e incluem exames de imagem. Entendo também que esses exames têm seus benefícios e limitações.
7. Autorizo a permanência, na sala de exame, da equipe médica e de auxiliares (técnica de enfermagem e/ou enfermeira) necessários para segurança e bom andamento do meu exame e para cumprir a lei 14.737 DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO À MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE que diz “§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino...”
8. 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.
9. 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
RG: _____

_____ Data

_____ Hora

Assinatura de Testemunha
RG: _____

_____ Data

_____ Hora