

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Nome: _____ Data do Exame: _____ Hora: _____

1. Eu, _____, dou meu consentimento a Dr(a) _____ 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 reto e sigmoide, que compõem a parte final do intestino grosso. 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 veículos 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 da parede intestinal. Essas complicações, caso ocorram, podem requerer hospitalização, cirurgia, outra retossigmoidoscopia ou 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 pólipos, pode ocorrer na proporção de 1 a cada 1000 exames, e continuar até duas semanas após o procedimento.
5. Outras complicações extremamente raras, mas graves, incluem: dificuldade respiratória, ataque cardíaco, AVC (derrame) e óbito. Pólipos, especialmente os pequenos, podem não ser vistos em 5 a 10% dos casos, e, muito raramente, um câncer de retossigmoide pode não ser percebido. A retossigmoidoscopia não garante que você não terá câncer nesse seguimento do intestino, mas a remoção de pólipos é um importante fator de diminuição do risco de você ter um câncer nessa parte do intestino.
6. 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.
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