

Termo de Ciência e Consentimento

ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro
que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Enteroscopia por cápsula endoscópica

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a Enteroscopia por Cápsula Endoscópica é um procedimento não invasivo que permite a visualização da porção média do aparelho digestivo. O exame está indicado para o diagnóstico de patologias que envolvem as três porções do intestino delgado não acessíveis à endoscopia ou colonoscopia.

Compreendi que o procedimento consiste na ingestão de um dispositivo do tamanho de um comprimido (Cápsula) capaz de gerar e transmitir imagens do meu intestino para um pequeno gravador que carregarei comigo durante o exame e que devo devolver no término do exame. A cápsula deverá ser eliminada junto com as fezes em até 2 a 3 dias e sem a necessidade de laxativos ou outras medidas. A cápsula não é reaproveitada.

Estou ciente de que a Enteroscopia por Cápsula Endoscópica é um exame seguro e bem tolerado. A principal complicação do procedimento, apesar de rara, é a retenção da cápsula endoscópica no trato digestivo podendo levar a um quadro de obstrução intestinal. A retenção da cápsula ocorre em aproximadamente 1% dos casos e quando não é expelida após 2 semanas pode ser necessária

Termo de Ciência e Consentimento

ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

sua remoção por via endoscópica ou cirúrgica a depender da localização em que foi retida. Em algumas situações raras o exame pode ser inconclusivo por mau funcionamento da cápsula, por conta de um trânsito gastrointestinal muito lento ou por que a qualidade das imagens foi prejudicada por um preparo e/ou dieta inadequados.

Fui também informado (a) que a alternativa à Enteroscopia por Cápsula Endoscópica é a Enteroscopia por Duplo Balão, exame que exige sedação e que não está disponível no nosso meio.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____