

Termo de Ciência e Consentimento

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____

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

Filiação: _____

Convênio: _____

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

Médico: _____

RETOSIGMOIDOSCOPIA

Por este instrumento, eu, _____, declaro que no dia _____ de _____ de 20_____, às _____ : _____ (hh:mm):

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:

Retossigmoidoscopia

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que a retossigmoidoscopia flexível consiste no exame da porção final do intestino grosso (cólon sigmóide e reto) realizado, com ou sem sedação, através da introdução de um aparelho de endoscopia flexível através do reto, e que para realização deste exame é necessário fazer uma ou mais lavagens intestinais no dia do procedimento.

Compreendi que a retossigmoidoscopia permite diagnosticar várias doenças intestinais como divertículos, pólipos, tumores e doenças inflamatórias. Pólipos são tumores benignos que se não forem retirados podem evoluir para câncer. Dessa forma, quando encontrados, eles são habitualmente removidos durante a retossigmoidoscopia, procedimento conhecido como polipectomia.

Estou ciente de que o procedimento pode estar associado a algumas complicações gerais à sedação como reações alérgicas, broncoaspiração, baixa transitória da oxigenação sanguínea e arritmias. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Sangramento e perfuração são complicações muito raramente associadas à retossigmoidoscopia. Nas polipectomias, essas complicações podem ocorrer até sete dias após o procedimento numa frequência de 2,0% e 0,5%, respectivamente. Apesar de raras, elas podem levar a necessidade de internação hospitalar e cirurgia.

Termo de Ciência e Consentimento

RETOSSIGMOIDOSCOPIA

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____

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

Filiação: _____

Convênio: _____

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

Médico: _____

Entendo também que após o procedimento é possível que ocorra desconforto abdominal por gases, e fui informado sobre medidas para controle do desconforto. Estou ciente que não poderei dirigir veículos automotores ou operar máquinas potencialmente perigosas no mínimo por 12 horas após o término do procedimento, devido aos efeitos residuais da medicação sedativa.

Também fui informado(a) que as únicas alternativas à retossigmoidoscopia são o enema baritado e a colonoscopia virtual. Esses exames são menos utilizados, pois são menos sensíveis que a retossigmoidoscopia e não permitem a realização de biópsias ou polipectomias.

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;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

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

Termo de Ciência e Consentimento

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____

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

Filiação: _____

Convênio: _____

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

Médico: _____

RETOSSIGMOIDOSCOPIA

de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

 Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

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.

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____