

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA

Pelo presente termo eu, (nome completo) Paciente □ Responsável (Grau de parentesco e nome do(a) paciente_____ (nacionalidade)_____, (estado civil) _____, portador da Cédula de Identidade $n^{\underline{o}}$ _____ inscrito no CPF sob o $n^{\underline{o}}$ residente e domiciliado no endereço _____, declaro para os devidos fins de direito que: 1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a)_ , de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade e indicação de procedimento cirúrgico de COLONOSCOPIA. 2. Recebi de meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens, desvantagens e riscos dos métodos possíveis, bem como entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, conforme Anexo I. 3. Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei pela realização do procedimento cirúrgico ora autorizado, com o qual concordo em ser submetido e autorizo o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pós-operatórios necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento. 4. Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como TODOS os medicamentos que não posso usar. 5. Também fui informado(a) que as cirurgias, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pósoperatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a relizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia. 6. Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante a minha internação na REDE D'OR SÃO LUIZ -Unidade Hospital Santa Luzia e, se for necessário serei contatado(a) pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) que procederá a coleta de uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada. Serão solicitados doadores de sangue que para o Hemocentro de referência (em caso de cirurgias eletivas).

7. No caso especifico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) sobre as complicações mais frequentes, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo



me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me esta sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais freqüentes.

- 8. Fui esclarecido(a) também que inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão e tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento cirúrgico. Fui também orientado(a) de que uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.
- 9. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas a anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem administrados.
- 10. Igualmente sou sabedor(a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu (minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia.
- 11. Consinto, portanto ao(à) médico(a) supra identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) procedimento(s).
- 12. Informo também o recebimento de uma cópia deste documento para poder, a qualquer momento, esclarecer eventuais dúvidas antes da realização do(s) procedimento(s) indicado(s).

Brasília,/	/	-		
	(Pacient	_ te) ou (Responsá	ivel / Re	epresentante Legal)
() Prestei too conforme o ter	das as inforr mo acima. ssível a colet	nações necessár	ias ao	dois médicos deverão assinar) paciente ou seu representante legal, sentimento Informado, por tratar-se de
Brasília,	de		de	
		Médico	, CRM I	N _ō
	REVOGAÇÃ	io: BSB,/_	/	HORA:
	(Pacie	 :nte) ou (Responsá	ivel / Re	presentante Legal)



ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA

- O QUE É COLONOSCOPIA?

A colonoscopia é um exame endoscópico destinado ao diagnostico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado). É realizado através do equipamento denominado colonoscopia, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Para realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e, freqüentemente, sedação por via intravenosa.

- PROCEDIMENTOS QUE PODEM SER ADOTADOS NA COLONOSCOPIA

Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados abaixo:

- Biopsia (retirada de um ou mais fragmentos da mucosa)
- Polipectomia (retirada de um ou mais pólipos)
- Mucosectomia (retirada de um fragmento da mucosa intestinal ou pólipos planos)
- Injeção de substancias ou a cauterização através de equipamento eletrônico (correte elétrica) visando o controle de eventual sangramento
- Exame histopatológico, que é o exame dos pólipos ou biopsias removidas, quando enviado para analise de um medico patologista.

Quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estreitamento, perfuração (em torno de 1 caso a cada 1000 exames). Embora pouco frequente, essas complicações são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, hospitalização ou cirurgia de urgência, incluindo a realização de estomas (colocação do intestino para fora da barriga para saída de fezes) visando minha segurança e beneficio de forma a controlar o problema. Foi esclarecido ao paciente que essas complicações podem resultar em morte.

- DOS PROCEDIMENTOS PARA A COLONOSCOPIA

- 1. PREPARO INTESTINAL: Instruções, prescrição e orientação são fornecidas na marcação do exame. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica o seu resultado e compromete a sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sobe risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial (pressão baixa) e por este motivo os idosos deverão estar acompanhados durante o preparo evitando assim risco de queda. Se o preparo for realizado na residência e ocorrerem vômitos muito freqüentes e /ou grande dissensão do abdômen, o(a) paciente deverá:
- a. Interromper o preparo.
- b. Ir um setor de atendimento de emergência mais conveniente e próximo, para avaliação.
- c. Comunicar ao medico assistente.

- O QUE É A SEDAÇÃO VENOSA?

É a administração de medicação sedativa, por via intravenosa, acompanhada de monetarização dos sinais vitais, necessários para realização do exame. Os riscos potenciam associados à sedação venosa são: flebite (inflamação da veia), reação a medicação e problemas cardiorespiratorios, que ocorrem em menos de 1 caso para cada 1000 exames. Por este motivo é OBRIGATÓRIO a presença de um acompanhante para assegurar a saída do(a) paciente, que estará impossibilitado de dirigir (automóveis, bicicletas, etc.) ou mesmo assumir compromissos de trabalho neste dia.

- DÚVIDAS E COMPLICAÇÕES

Caso ainda tenha dúvida sobre o exame, o paciente poderá entrar em contato com a equipe de enfermagem da unidade de endoscopia das 8hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. É importante que você informe ao sue médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômitos nas primeiras 24 horas após o exame. Em caso de emergência procure o serviço de emergência do Hospital Santa Luzia que conta com recurso de médico.