

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Pelo presente termo eu, (nome completo) ☐ Paciente □ Responsável (Grau de parentesco e nome do(a) paciente_____ (nacionalidade)______, (estado civil) ______, portador da Cédula inscrito no CPF sob o nº de Identidade nº 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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA OU ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA. 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 freqüentes, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados. Estou ciente de que seria impossível para o(a) médico(a) 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,/	_/
	(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)
() Prestei todas conforme o termo	vel a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de
Brasília,	de de
	Médico, CRM Nº
	(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)
	REVOGAÇÃO: BSB,/ HORA:
	(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)



ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- O QUE É ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA OU ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA?

É o exame que permite visualizar o esôfago, estômago e duodeno (considerada a primeira parte do intestinol). Realiza se introduzindo um tubo flexível, através da boca, geralmente sob sedação. Esse tubo contém uma lente, luzes e um canal por onde o médico poderá trabalhar para coletar material ou realizar algum tratamento.

- PREPARO PRÉ-CIRURGICO

O estômago deverá estar vazio. Não coma nada sólido durante as 6h antes do exame. Água, refrigerantes ou gelatina podem ser ingeridos até 3h antes (Não tome leite!). As medicações podem ser tomadas com pequenos goles de água até 1 hora antes do horário agendado. (não tome antiácidos!).

- O QUE SERÁ FEITO

O médico e/ou enfermagem fará uma entrevista, investigando possíveis patologias, reações alérgicas, cirurgias anteriores e se já realizou exame de endoscopia anteriormente. Caso afirmativo, o laudo se faz necessário. Você precisará colocar uma vestimenta do hospital, remover seus óculos, lentes de contato e prótese dentária.

- COMO É REALIZADO

Na sala de exame você será colocado numa posição adequada. Será oferecida uma medicação oral para eliminar bolhas de ar, facilitando a visualização do estômago e duodeno. Um anestésico tópico (spray) poderá ser "borrifado" na sua garganta, que facilitará a passagem do aparelho. Um protetor plástico será colocado entre seus dentes para manter sua boca aberta durante o exame. Uma medicação para relaxar ou mesmo um anestésico será administrado na veia, momentos antes de iniciar o exame. Um tubo flexível, fino e pequeno será passado através de sua boca. Por meio dele, o médico será capaz de identificar anormalidades que possam estar presentes, inclusive pesquisar amostras de tecido (biópsia) colhidas durante o exame para analise laboratorial detalhada. Esse procedimento não causa dor.

Alguns tratamentos podem ser realizados pela endoscopia. Estes incluem dilatação de uma área estreitada do esôfago, estômago ou duodeno, remoção de pólipos, objetos deglutidos e tratamento de vasos sangrantes e úlceras por injeção interna ou aplicação de calor (usando corrente elétrica diatermal, laser argônio ou heat proíbe). A medicação para relaxar ou o anestésico provocam sono e esquecimento por algum temp. Durante este período, após o exame, você não deve dirigir realizar tarefas que necessitem de atenção, operar máquinas ou tomar decisões relevantes uma vez que a sedação diminui seus reflexos e raciocínio. Deve vir acompanhado de uma pessoa que lhe conduza para casa. O exame somente será realizado se no momento da admissão o paciente identificar quem se responsabilizará por conduzi-lo após o exame.

- TEMPO DE EXAME:

É um exame que dura, em média, 15 minutos.

- APÓS O PROCEDIMENTO

Você irá permanecer na endoscopia em torno de 30 minutos, até a neutralização completa dos efeitos do sedativo e/ou anestésico. Sua garganta pode ficar adormecida ou levemente irritada. Você não deve comer ou beber até que seu reflexo de deglutição esteja normal. Depois disso, você pode retornar à sua dieta regular, a menos que seja aconselhado o contrário. Você pode sentir gases ou pequena distensão abdominal, pelo ar que foi introduzido através do endoscópio, contudo isso passará rapidamente. Após o procedimento, você será liberado mediante a presença de familiar ou acompanhante responsável pelo médico ou pela enfermeira da unidade. Você não deve dirigir, executar tarefas que exijam atenção (ex.: operar máquinas) ou tomar decisões importantes, pos a sedação, por um período de tempo, diminui os reflexos e o seu raciocínio.

- RISCOS

As complicações são raras, menos de 1 para 1.000 exames. Podem ocorrer: reações a medicações, perfurações (rasgos) e sangramentos, necessitando de tratamento ou de cirurgia. As complicações estão mais relacionadas a procedimentos terapêuticos.

- DÚVIDAS E COMPLICAÇÕES

Caso ainda tenha dúvida sobre o exame, você 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.