

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

ENDO - COLONOSCOPIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Fui esclarecido que o exame de COLONOSCOPIA tem por finalidade a avaliação do trato digestivo baixo (reto, cólon e íleo distal), necessitando de um preparo específico com dieta restrita, o uso de laxantes, e complementação da limpeza com substâncias específicas, que poderão acarretar em alguns pacientes efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos, distensão abdominal e desidratação. A COLONOSCOPIA é um exame invasivo, com a introdução de um aparelho tubular flexível através do ânus (ou ostomia) para avaliação do trato digestivo baixo. Este exame tem como objetivo examinar o intestino, diagnosticar patologias e, quando necessário ou solicitado, proceder a retirada de fragmentos ou aspiração para estudo histológico (biópsias/punções).

A COLONOSCOPIA permite também a realização de procedimentos terapêuticos tais como a retirada de lesões chamadas pólipos (polipectomias), de algumas lesões maiores (mucosectomias ou dissecções endoscópicas submucosas) e a injeção de substâncias. Ela também possibilita a realização de procedimentos de controles de sangramentos (hemostasias térmica, mecânica ou química), de dilatações ou da colocação de próteses. Estou ciente de que serão usados equipamentos endoscópicos que têm a desinfecção realizada de acordo com normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Quando utilizados acessórios, estes são estéreis e de uso único, descartados após sua utilização. Estou ciente que serei submetido a sedação através da administração de medicação venosa a ser realizada por um médico anesthesiologista, devendo para isso respeitar o jejum orientado. A sedação, bem como seus efeitos/alterações/complicações foram a mim explicadas pelo médico anestesista responsável, tendo eu assinado termo de ciência.

Estou ciente da necessidade de preparo específico para o exame, respeitando o tempo de jejum estabelecido, necessário para permitir adequada visualização das estruturas e prevenir acidentes anestésicos do tipo broncoaspiração.

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento; outros benefícios específicos foram discutidos em conjunto ao(à) médico(a) assistente (solicitante do exame). Este exame tem como benefícios o apoio na elucidação diagnóstica, seja pelo aspecto visual identificado durante o exame ou pela possibilidade de retirada de fragmentos de lesões (parciais ou em sua totalidade), com posterior análise histopatológica. Ainda, permite tratamento de algumas lesões pela sua retirada, controle de sangramentos, descompressão em situações de pseudoobstrução, dilatação e/ou colocação de próteses.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) assistente (solicitante do exame), de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. Habitualmente as alternativas para este exame são opções radiológicas (como ressonância magnética e/ou tomografia computadorizada), que não conferem a oportunidade de visualização direta das estruturas e de associação de biópsias e/ou medidas terapêuticas. Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados são:

- Durante o preparo para o exame podem ocorrer náuseas, dor, vômitos, distensão abdominal, desidratação, hipotensão (sendo necessária atenção especial para risco de queda);
- Dor, náuseas, desconforto e/ou distensão abdominal após o exame;
- Complicações gerais como reações alérgicas, dor ou flebite (inflamação) no local da punção venosa, broncoaspiração, baixa transitória da oxigenação sanguínea, arritmias, luxação de mandíbula;
- Perfurações e sangramentos são raros em exames diagnósticos e geralmente não trazem maiores repercussões clínicas quando é possível controle durante o próprio exame. Nos procedimentos terapêuticos, o risco de sangramento e perfuração é maior, mas ainda assim habitualmente estas complicações podem ser manejadas na própria sala de endoscopia pelo(a) endoscopista. Embora seja incomum, essas complicações podem gerar a necessidade de internamento, cirurgia de urgência (inclusive com a possibilidade de ressecção de segmento intestinal e/ou confecção de ostomia) e, muito mais raro, risco de morte.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos),

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos/métodos diagnósticos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo do procedimento, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

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).

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

—

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

—

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

____ ou _____
Paciente Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: 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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**