

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO: COLONOSCOPIA PEDIÁTRICA**

Pelo presente instrumento particular, a Clínica iGastroProcto, inscrita no CNPJ sob nº 24.483.167/0001-19, com endereço na Rua Paschoal Bardaro, 2046 – Jardim Botânico – Ribeirão Preto/SP, explica e registra o consentimento informado dos pais e/ou responsáveis legais pela criança/adolescente.

### **Dados do Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Documento/Prontuário: \_\_\_\_\_

### **Dados do Responsável Legal**

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade (RG/CPF): \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco/Responsabilidade: \_\_\_\_\_

### **Esclarecimentos sobre o procedimento**

A colonoscopia pediátrica é um exame realizado com um aparelho flexível, introduzido pelo ânus, que permite a visualização interna do intestino grosso. Durante o procedimento, podem ser coletadas amostras de tecido (biópsias) ou realizados tratamentos locais. O exame será realizado sob sedação e monitoramento contínuo, garantindo maior segurança e conforto para o(a) paciente. A equipe médica estará presente durante todo o tempo.

### **Riscos, Benefícios e Alternativas**

**Riscos:** Apesar de seguro, o exame pode apresentar complicações, como reações à sedação, sangramento ou perfuração intestinal, embora sejam raras.

**Benefícios:** O exame permite diagnóstico precoce de doenças intestinais, investigação de sintomas como dor abdominal, diarreia, sangramento ou alterações nos exames laboratoriais.

**Alternativas:** Existem exames de imagem e laboratoriais complementares, porém a colonoscopia é o método mais completo e eficaz para avaliação do intestino grosso. Você pode conversar com o médico que solicitou o exame sobre outras alternativas.

### **Direitos dos Responsáveis**

Os pais ou responsáveis têm direito de:

- Receber explicações claras sobre o exame, riscos e benefícios;
- Fazer perguntas e obter respostas antes da assinatura;
- Retirar o consentimento a qualquer momento antes do início do exame.

### **Declaração de Consentimento**

Declaro que recebi informações suficientes, compreensíveis e esclarecedoras sobre a colonoscopia pediátrica, seus riscos, benefícios e alternativas. Declaro estar ciente e de acordo com a realização do exame no(a) paciente acima identificado(a).

Ribeirão Preto, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Executor