

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA (2 vias)

(Nome completo do paciente)

ou seu responsável Sr. (a) _____ declara através deste instrumento particular, para todos os fins legais, que está ciente que será submetido(a) a uma RETOSSIGMOIDOSCOPIA solicitada pelo médico assistente e que foram claramente esclarecidos e explicados os benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo:

DEFINIÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto e do cólon sigmoide. É realizado através do equipamento denominado colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Para realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e, frequentemente, a sedação por via intravenosa. Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados abaixo:

- Biópsia (ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa);
- Polipectomia (ou retirada um ou mais pólipos);
- Mucosectomia (ou retirada de um fragmento da mucosa intestinal ou pólipos planos);
- Injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica) visando o controle de eventual sangramento;
- Exame histopatológico, que é o exame dos pólipos ou biópsias removidos, quando enviado para análise de um médico patologista.

Também foi esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração (em torno de 0,1% dos casos). Que, embora pouco frequentes, são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, hospitalização ou cirurgia de urgência, visando minha segurança e benefício, de forma a controlar e curar o problema.

Também foram esclarecidos os procedimentos envolvidos como:

1. PREPARO INTESTINAL: instruções, prescrição e orientação são fornecidas na ocasião da marcação do exame. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial e por este motivo os idosos deverão estar acompanhados durante o preparo evitando assim risco de queda. Nos casos em que o preparo é realizado na residência, a ocorrência de vômitos e/ou distensão do abdome obriga ao paciente: 1. Interromper o preparo, 2. Comunicar o médico responsável e 3. Dirigir-se a um setor de atendimento de emergência mais conveniente e próximo, para avaliação.

2. SEDAÇÃO VENOSA: é a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e acompanhada de monitorização dos sinais vitais, necessários para a realização do exame. Os riscos potenciais associados à sedação venosa são: flebite, reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios, que ocorrem em menos de 0,1% dos casos. Por este motivo é OBRIGATÓRIA a presença de um acompanhante para assegurar a saída do paciente, que estará impossibilitado de dirigir (automóveis, bicicletas etc.) ou mesmo assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia.

Declaro que todas essas informações me foram fornecidas com clareza, que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento e palavras técnicas que porventura não entendi, e que foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas, inclusive quanto à possibilidade de óbito em razão de alguma complicação. Declaro, ainda, que informei todos os dados referentes a minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

Portanto, declaro que o presente documento tem a função principal de me informar sobre os benefícios e, principalmente, sobre os RISCOS de complicações que estão envolvidos, sendo que há possibilidade de outras complicações que não estão necessariamente descritas no presente termo.

Declaro que entendi bem os benefícios e os riscos mais frequentes da RETOSSIGMOIDOSCOPIA. Também entendo que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, posso revogar este consentimento, antes da realização do procedimento, e que tenho ciência que os procedimentos caracterizados como urgência ou emergência serão realizados a critério médico, em meu benefício, ficando desde já autorizados.

Entendi que o objetivo deste documento é assegurar a dignidade da pessoa humana de pacientes e médicos, contribuindo para a boa-fé e a transparência dos procedimentos, bem como manter a qualidade da relação médico-paciente.

Ribeirão Preto, ___/___/_____

Nome legível do paciente ou responsável

Assinatura do médico responsável