

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA – VIA CLIENTE

1. Eu recebi e li esse informativo sobre o procedimento denominado **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno. Sei que deverei estar em jejum absoluto por mais de 8 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, a passagem de conteúdo do estômago para o pulmão, o que poderá resultar em pneumonia.
2. É de meu conhecimento que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação endovenosa com o objetivo de reduzir o nível de consciência e trazer conforto durante a realização do exame descrito acima. Contudo, a sedação endovenosa apresenta riscos de depressão respiratória e cardíaca (já esperadas para estes tipos de medicamentos) e que serão monitoradas e controladas pelo médico responsável durante todo o exame. Ainda, receberei anestesia na garganta com um *spray* de xylocaína 10%, visando reduzir ou abolir os reflexos de vômitos e a dor na minha garganta que pode surgir após o exame e geralmente cessa em alguns dias.
3. É de meu conhecimento que o **ato de sedação** da endoscopia é **variável** de pessoa a pessoa, sendo considerado normal, pela Sociedade Brasileira de Endoscopia, a **sedação moderada**, logo é normal (e esperado) que eu fique acordado durante todo o procedimento para auxiliar a equipe de enfermagem e médica na detecção de hérnia de hiato, por exemplo. Se eu tiver algum problema com esse tipo de sedação (receio, medo, desconforto, insegurança) deverei solicitar, à equipe da clínica, que meu exame seja feito por um anestesista com medicação mais potente e com mais riscos de depressão da função cardíaca e pulmonar e também de não poder detectar hérnia do estômago por eu estar dormindo, mas com o conforto de não ver o exame.
4. Eu recebi e compreendi as orientações após o procedimento, sabendo que devo ficar na sala de recuperação após o exame, com monitorização dos sinais vitais e sob vigilância até a liberação pela equipe médica ou de enfermagem.
5. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raros, podem ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
6. Eu compreendi que durante o exame diagnóstico, pode ser necessário realizar algum procedimento como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de corpos estranhos ou de pólipos com uso de bisturi elétrico, além de dilatações ou cauterizações necessárias para o bem de minha saúde.
7. Sei que esses procedimentos terapêuticos, são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de morte podem se fazer presentes.
8. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento de minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.
9. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o Serviço de Endoscopia da clínica iGastroProcto.
10. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.
11. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo a equipe médica responsável a executar o exame solicitado, e também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Ribeirão Preto, / / 20____

Assinatura (Paciente e/ou Responsável)

Assinatura de Testemunha (Equipe iGastroProcto)

RG ou CPF: _____