

Termo de esclarecimentos, ciência e consentimento para Endoscopia Digestiva Alta ("consentimento informado")



Por este instrumento, eu _____,
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (nº identidade)

ou meu responsável, _____,
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (nº identidade)

Declaro (a) que:

1º) fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) : Endoscopia Digestiva Alta para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas;

4º) estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações, mas estas são raras. Pode ocorrer sangramento após uma biópsia ou remoção de um pólipó. Este é mínimo e raramente há necessidade de internação, transfusões sanguíneas ou cirurgia. Complicações maiores como perfuração são raras, mas podem acontecer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob os mais rigorosos padrões técnicos.

5º) Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de anestesia do tipo _____ e que os métodos e técnicas de aplicação, além de fármacos anestésicos necessários são de indicação exclusiva do médico anestesista Dr _____.

6) - estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de sedação, que será administrada pelo próprio médico endoscopista. Compreendo e aceito que a administração de sedativos por via endovenosa pode causar complicações, ainda que isso seja bastante infreqüente.

7º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento.

8º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

9º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

10º) consinto, portanto, ao médico supra identificado a realizar o procedimento 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 realiza o tratamento.

Colatina, ____ de _____ de 20__ _____
(assinatura do paciente)

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente
No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____
(assinatura) _____
(nº do documento de identidade)

(nome completo e legível) _____
(endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: ____/____/____

Assinatura do médico – CRM ES