



## TERMO DE CONSENTIMENTO

### COLONOSCOPIA SOB ANESTESIA

Em cumprimento ao que determina o código de Ética Médica, nos seus Artigos 46 e 56, e sem nenhum constrangimento de qualquer natureza e espontaneamente,

Eu \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

autorizo o médico a submeter-me COLONOSCOPIA SOB ANESTESIA, nesta data abaixo registrada.

Em tempo, ratifico que me foi informado dos riscos e complicações deste procedimento:

- a) Reações colaterais das medicações usadas no procedimento, as vezes muito severas (depressão respiratória, choque anafilático, arritmias, reações locais e outras gerais.)
  - b) Hemorragias, com necessidade eventual de transfusão de sangue ou hemoderivados s/ou re-intervenção endoscópica (ou cirurgia).
  - c) Perfurações do esôfago, ou duodeno – quadro muito grave – que poderá necessitar de cirurgia e/ou internamento em UTI, ou transferência para outro centro de maior recurso médico.
  - d) Necessidade de anestesia geral, em alguns casos, e os riscos a ela impostos.
  - e) Complicações das biópsias dos órgãos analisados (dor, hemorragias ou perfurações).
  - f) Foram relatadas outras complicações da colonoscopia, descritas na literatura médica.
  - g) Efeitos colaterais e complicações do preparo intestinal.
  - h) Por razões técnicas ou limitantes, nem sempre é possível o exame de todo o cólon.
- Recebi em anexo instruções (orientações) para o exame. Por exemplo: Comparecer sempre acompanhado, não dirigir veículos ou operar máquinas nas próximas 24 horas (preparo para o exame).
  - Também fui informado que em caso de complicações, a hospitalização poderá ser necessária.
  - Estou ciente que sou responsável pelo encaminhamento das biópsias, se houverem, e que o resultado do exame deverá ser entregue ao médico solicitante para as devidas providências.
  - Estou ciente de que caso o procedimento não seja realizado por completo devido **preparo inadequado**, não haverá reembolso do valor pago.
  - E por fim, declaro ter compreendido o exposto acima, ficando na obrigação (ou meu responsável que assina este consentimento), de providenciar os recursos exigidos para tratamento das complicações, se existirem. Na impossibilidade de encontrar o médico após o procedimento, em caso de necessidade, deslocarei para o Pronto Socorro Médico mais próximo. Como forma de tornar fiel e digno este documento, subscrevo juntamente com duas testemunhas, uma delas meu responsável e acompanhante, a todos cientes e presentes.

ASSINATURA PACIENTE \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Artigo 46 – É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 56 – É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_