

TERMO DE CONSENTIMENTO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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 a ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICA 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 Endoscopia, descritas na literatura médica.

- Recebi em anexo instruções (orientações) para o exame. (Por exemplo: Comparecer sempre acompanhado, não dirigir veículos ou operar máquinas nas próximas 24 horas.)
- 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.
- 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, ____/____/____