

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA**Nome do(a) Paciente:** _____**Idade:** _____ **Identidade:** _____ **Órgão Expedidor:** _____**Data:** ____ / ____ / ____ **Horário:** ____:____ **Telefone do(a) paciente:** _____**Nome do(a) Acompanhante / Responsável Legal:** _____

1. Declaro que a equipe da CEDIFI explicou-me, e eu entendi, que será realizada uma colonoscopia, indicada pelo médico assistente. Se necessário, realizar biópsias (retirada de fragmentos da mucosa do intestino para exame) ou outros procedimentos.
2. Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto ou lesões poderão passar despercebidas, em caso de preparo intestinal insatisfatório, ou seja, haja fezes no interior do intestino. O exame ainda poderá ser incompleto quando houver alguma obstrução à passagem do aparelho ou dificuldade técnica para sua realização. O exame poderá ser suspenso e ser necessária uma nova marcação e novo preparo intestinal.
3. Sei que, no preparo, serão empregados laxantes para que o intestino esteja livre de resíduos fecais, possibilitando o exame de suas paredes. Fui informado de que o uso dos laxantes pode trazer desconfortos como náuseas, vômitos e cólicas abdominais.
4. Fui informado de que após o exame poderá haver náuseas, estufamentos e cólicas causados pela presença de gases no intestino. Sei que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem.
5. Estou ciente de que, quando solicitada, a anestesia será feita por médico anestesista, estando o procedimento anestésico sob sua exclusiva responsabilidade. Estou ciente de que o médico endoscopista será responsável somente pelos procedimentos endoscópicos e que os mesmos só serão realizados se, e quando o médico anestesista permitir.
6. 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 cardiorrespiratórias durante o procedimento.
7. Eu compreendi que durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biópsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

8. Sei que esses procedimentos terapêuticos, são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. A equipe da CEDIFI me explicou que estas complicações, embora incomuns podem ser sérias podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado.

9. Compreendi que, para realizar o exame, o paciente deverá estar acompanhado por pessoa adulta apta a levá-lo para casa e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada. Entendi que não estará apto a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 12 horas e que somente será liberado das dependências da clínica quando a equipe da CEDIFI determinarem que há condições clínicas. Fui alertado para a possibilidade de não recordar parcialmente ou totalmente do que ocorreu após a administração da sedação / anestesia, portanto deve-se evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.

10. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da 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 atendimento na sua área.

11. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o serviço de endoscopia da CEDIFI.

12. 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.

13. 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 da CEDIFI a executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Data: ____/____/____

Assinatura - Paciente

Assinatura Acompanhante/Responsável Legal

Assinatura - Médico Examinador