



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ECOENDOSCOPIA E/OU ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA FINA

Nome: \_\_\_\_\_ Idt: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o informativo sobre o procedimento ECOENDOSCOPIA.

Eu compreendi que serei submetido a uma ecoendoscopia de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca podendo o médico examinar o tubo digestivo alto ou baixo, a sua parede e estruturas vizinhas e se necessário, realizar punções (biópsias) ou outros procedimentos.

Sei que serei submetido a uma sedação/anestesia, com administração de medicação endovenosa e anestesia local com spray de xilocaína. Eu compreendi que, em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação como flebite, reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios.

Eu compreendi que de um exame diagnóstico podem ser necessários procedimentos terapêuticos como biópsias, punção eco guiada, injeção de substâncias e drenagem de coleções. Quando removidos e recuperados os materiais serão enviados para análise cito/histopatológica e em alguns casos, análises bioquímicas.

Sei que esses procedimentos são importantes no meu tratamento e que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações como sangramento, perfurações, infecção de lesões císticas ou pancreatite aguda. A equipe médica me informou que estas complicações são incomuns e raras, porém podem resultar na necessidade de internação hospitalar, transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e apesar de muito raro, risco de vida.

Estou ciente e compreendi perfeitamente as explicações que me foram dadas sobre a realização de ecoendoscopia assim como os riscos inerentes, as quais foram entregues por escrito e explicadas oralmente pelo médico responsável. As explicações foram claras, em linguagem fácil e acessível.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.



Autorizo de forma livre, consciente e de espontânea vontade a realização dos procedimentos necessários já expostos no documento explicativo que me foi entregue por escrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente ou responsável/representante legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, benefícios e riscos do(s) procedimento(s).

\_\_\_\_\_  
(assinatura do médico)