

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME E ORIENTAÇÕES GERAIS – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____
Identidade nº.: _____

ACOMPANHANTE

Nome: _____ Idade: _____
Identidade nº.: _____ Parentesco: _____
Telefone do acompanhante: _____

Prezado paciente,

O exame de endoscopia digestiva alta é indicado para a avaliação diagnóstica e, quando possível, para o tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e o duodeno. Ele é realizado através da introdução de um aparelho flexível pela boca, que permite a visualização de todo o trajeto examinado.

Para o exame de endoscopia digestiva alta, além do sedativo intravenoso será aplicado anestesia local na garganta com xilocaína (borrifada pela cavidade bucal apenas para diminuir tosse ou engasgos). Procedimentos terapêuticos também podem ser realizados durante os exames, entre eles, o mais freqüente é a polipectomia que é a remoção de pólipos.

Você realizará um exame seguro e confiável, para tanto, serão administradas medicações analgésicas através da veia durante o exame. O objetivo é diminuir a ansiedade e o desconforto, facilitando a realização do exame. A dose da sedação pode ser individualizada, de acordo com a sensibilidade de cada paciente. As medicações utilizadas na sedação causam: sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar: reações locais (como hematomas e flebite no local da punção venosa) e sistêmicas (cardio-respiratórias), ainda que pouco frequentes. O paciente é constantemente monitorizado durante e após o procedimento, com a utilização de monitores cardíaco, da oxigenação sanguínea e da pressão arterial. A equipe assistente encontra-se habilitada para o diagnóstico e o tratamento de eventuais intercorrências.

Para que o procedimento seja realizado de modo satisfatório e seguro, é essencial que todas as orientações em relação ao preparo sejam seguidas à risca.

A endoscopia digestiva alta é um exame invasivo e apresenta mínimos riscos de complicações, inferiores a 1%. Entretanto, excepcionalmente alguma intervenção cirúrgica pode se fazer necessária para o tratamento de tais complicações. Eventualmente, durante o exame, são encontradas alterações (ex.: pólipos gástricos) que podem e, na maioria das vezes, devem ser tratadas durante o próprio procedimento, evitando sérios problemas futuros, como surgimento do câncer. Ressalta-se que pólipos menores que 5 mm e lesões planas podem passar despercebidas durante o exame e pólipos com mais de 10 mm aumenta o risco de complicações para até 1,5%. A mais freqüente é a hemorragia mesmo após a cauterização e pode acontecer até 15 dias após a realização do procedimento, manifesta pela saída de sangue vivo ou coagulado pelo ânus misturado ou não às fezes.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. Em razão da sedação acima referida, qualquer que seja a idade do paciente, a realização do exame depende da presença de um acompanhante adulto (maior de 18 anos), desde o momento de sua chegada até o término do procedimento. No caso de pacientes menores de 18 anos, o acompanhante deverá ser um responsável legal (pai, mãe ou tutor).
2. Qualquer material biológico coletado durante o exame deverá ser encaminhado para exames complementares. O paciente poderá optar por encaminhar/transportar pessoalmente este material para algum laboratório de sua confiança

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME E ORIENTAÇÕES GERAIS – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ou poderemos encaminhar para um dos laboratórios que já fazem coleta no IGEP (em caso de convênio, enviaremos apenas se o laboratório for credenciado com seu convênio).

3. A medicação sedativa poderá provocar amnésia (esquecimento) temporária em alguns pacientes, durante em média 1 hora, motivo pelo qual o paciente só será liberado quando estiver lúcido.

4. O tempo médio de permanência no IGEP para realização do exame de endoscopia digestiva alta é de 1h.

5. O resultado do exame poderá ser retirado pelo (a) paciente apresentando documento com foto ou por outra pessoa devida e expressamente autorizada através de termo próprio e documento com foto.

6. Em razão dos custos decorrentes da apresentação do resultado do exame, se forem necessários **outras vias**, será cobrado o valor de R\$ 20,00 (vinte reais) por cada via extra solicitada.

Desta forma, solicitamos que nos confirme que entendeu as informações contidas neste termo e nos autorize a realização do exame de endoscopia digestiva alta e procedimentos necessários.

1. Declaro que fui informado pela equipe do IGEP sobre a conveniência e indicação dos procedimentos acima especificados, sendo que seus benefícios, riscos, possíveis intercorrências e complicações potenciais me foram claramente explicados, especialmente sobre a possibilidade de sangramento ou perfuração após a retirada de pólip(s), pelo que estou inteiramente ciente.

2. Tive a oportunidade de fazer perguntas e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

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

4. Autorizo que qualquer tecido removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento. Mas fui esclarecido que posso optar por encaminhar/transportar pessoalmente o material biológico coletado para a realização dos exames em laboratório de minha confiança e livre escolha, devendo comunicar tal circunstância ao IGEP.

5. Assim, declaro que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos dos procedimentos. Por tais razões e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmos sejam realizados.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que os procedimentos se realizem.

7. Confirmando que fui devidamente esclarecido e informado quanto aos riscos previsíveis, intercorrências inesperadas, cuidados pós-procedimento e providências práticas, tendo compreendido perfeitamente todas as questões. Por isto, autorizo a realização do procedimento proposto.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE: _____

Uberlândia, ____/____/____