

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME E ORIENTAÇÕES GERAIS

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade n.º.: _____

Prezado paciente,

A **manometria anorretal** é um exame que permite avaliar a pressão dos esfíncteres anais (músculos que controlam a abertura do ânus), a sensibilidade ano-retal e alguns reflexos neurais. Assim, esta técnica pode ser utilizada tanto para investigar queixas de obstipação crônica como de incontinência fecal.

O exame é realizado com o auxílio de uma pequena sonda (um tubo muito fino) que contém alguns sensores que permitem a medição de pressões e que é introduzido através do ânus. Esta sonda tem também na sua ponta um balão que pode ser insuflado para avaliar a sensibilidade do reto e a integridade dos reflexos anorretais.

As únicas contra-indicações existentes são aquelas que impeçam o paciente de colaborar no exame já que durante o mesmo lhe será solicitado a realização de algumas manobras como, por exemplo, simular o esforço defecatório.

Esta é uma técnica muito segura e praticamente isenta de complicações, nomeadamente dor.

Em casos muito raros pode ocorrer hemorragia ou perfuração causadas pela introdução da sonda.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. O Tempo médio de permanência no IGEP para realização do exame de manometria anorretal é de 1h.
2. 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.
3. 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 da manometria anorretal e procedimentos necessários.

1. Declaro que fui informado pela equipe do IGEP sobre a conveniência e indicação do procedimento acima especificado, sendo que seus benefícios, riscos, possíveis intercorrências e complicações potenciais me foram claramente explicados, especialmente sobre a possibilidade de sangramento ou perfuração, 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. Assim, declaro que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tais razões e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.
6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.
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: _____

Uberlândia, ____/____/____