

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

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº.: _____

ACOMPANHANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº.: _____ Parentesco: _____

Telefone do acompanhante: _____

Prezado paciente,

O exame de retossigmoidoscopia solicitado pelo seu médico consiste na introdução pelo ânus de um aparelho (retossigmoidoscópio flexível) que permite a visualização dos segmentos intestinais, reto e colón sigmóide. Devido a sua flexibilidade, o aparelho se adapta perfeitamente às formas do intestino, facilitando a sua introdução e a visualização das áreas a serem examinadas.

A duração da retossigmoidoscopia flexível é variável, mas habitualmente não ultrapassa 15 minutos.

Com a retossigmoidoscopia é possível diagnosticar doenças que acometem os 30 cm finais do tubo digestivo, avaliar a mucosa do reto e sigmoide, verificar a presença de câncer retal, pólipos intestinais, divertículos em sigmoide, colites, diagnosticar amebíase através de biópsia de reto.

Eventualmente, pode ser necessária a realização de procedimentos complementares para diagnóstico (biópsia) ou tratamento de lesões encontradas durante o exame, como pólipos (polipectomia), estreitamento ou estenose do intestino (dilatação), sangramento (injeção de substâncias com agulha, cliques metálicos ou anéis elásticos) ou retirada de corpos estranhos.

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.

Durante a retossigmoidoscopia flexível, o médico precisa insuflar ar no seu intestino para efetuar um exame adequado. Assim, logo após a retossigmoidoscopia flexível, você poderá sentir náuseas, desconforto abdominal e cólicas, que melhoram com a eliminação do ar. Você deverá permanecer em observação por tempo variável. Depois de liberado(a), poderá se alimentar com sua dieta habitual.

A retossigmoidoscopia 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 intestinais) que podem e, na maioria das vezes, devem ser tratadas durante o próprio procedimento, evitando sérios problemas futuros, como surgimento do câncer intestinal. 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 frequente 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.

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

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 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 retossigmoidoscopia 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 da retossigmoidoscopia 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 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 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. Confirmo 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, ____/____/____