

VIDEOCOLONOSCOPIA

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados aos cuidados aos quais poderá ser submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

Autorizo a realização dos procedimentos prescritos pelo (a) Dr.(a) _____ e sua equipe.

Declaro que fui esclarecido a respeito do procedimento, conforme a seguir:

DEFINIÇÃO DE COLONOSCOPIA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado). É realizado através do equipamento denominado colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Para a realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e, frequentemente, a sedação por via intravenosa. Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame, de acordo com os achados, conforme explicado abaixo:

- biópsia (ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa),
- polipectomia (ou retirada de um ou mais pólipos),
- mucosectomia (ou retirada de um fragmento da mucosa intestinal ou pólipos planos),
- injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica), visando o controle de eventual sangramento,
- exame histopatológico, que é a análise do médico patologista sobre o espécime retirado em uma polipectomia ou biópsia.

Também fica esclarecido que, principalmente se os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose e perfuração (em torno de 0,1% dos casos). Que, embora pouco frequentes, são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais, como hospitalização ou cirurgia de urgência, visando minha segurança e benefício, de forma a controlar e curar o problema (OBS: a transfusão sanguínea realmente pode ser necessária, porém sua realização ou não ficará à critério do médico que estiver assistindo o paciente na solução da complicação). Além disso, pode ser necessário realizar o exame novamente, em maior ou menor espaço de tempo, por motivos de mau preparo, acompanhamento de doença, entre outros. Sei também que, apesar de pouco provável, repetir o exame não impede o surgimento de novas patologias (doenças) entre os exames (por exemplo, novos pólipos ou mesmo o chamado “câncer de intervalo”).

Também foram esclarecidos os procedimentos envolvidos como:

1. PREPARO INTESTINAL: instruções, prescrição e orientação são fornecidas na ocasião da marcação do exame. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim), o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial. Por este motivo os idosos deverão estar acompanhados durante o preparo, evitando assim o risco de queda. Nos casos em que o preparo é realizado na residência, a ocorrência de vômitos e/ou distensão do abdome obriga o paciente:

1. Interromper o preparo,
2. Comunicar o médico responsável e
3. Dirigir-se a um setor de atendimento de emergência mais conveniente e próximo, para avaliação.

2. SEDAÇÃO VENOSA: é a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e acompanhada de monitorização dos sinais vitais, necessários para a realização do exame. Os riscos potenciais associados à sedação venosa são: flebite, reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios, que ocorrem em menos de 0,1% dos casos. Por este motivo é **OBRIGATÓRIA** a presença de um acompanhante para assegurar a saída do paciente, que estará impossibilitado de amamentar, dirigir (automóveis, bicicletas, etc) ou mesmo assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia.

Eu, _____ afirmo que a proposta dos cuidados a mim apresentada, tais como benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foi explicada claramente pelo médico assistente e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de forma satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas tenho consciência de que todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis serão utilizados na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Declaro, ainda, que informei todos os dados referentes a minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

Declaro que assumirei integralmente todos os custos que possam vir de eventuais complicações, incluindo internação hospitalar, remoção de ambulância, medicamentos, honorários médicos, cirurgias e novos exames, inclusive nova colonoscopia.

Também entendi que, após o exame, não poderei **dirigir ou trabalhar durante o resto do dia**; não poderei amamentar até 12h após o exame; não poderei andar de bicicleta, moto, garupa, etc.; não poderei manusear facas, tesouras, máquinas e instrumentos perigosos.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de negar, anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Autorizo, portanto, a prestação de cuidados conforme prescrição médica.

Data de nascimento: ____/____/____ Identidade nº: _____ órgão: _____ CPF: _____ - _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Nome do Acompanhante: _____ Assinatura: _____

Assinatura do paciente: _____

Médico Responsável (carimbo e assinatura): _____

São Gonçalo, ____ de _____ de 20 ____.

OBS: imprimir, assinar e levar este impresso no dia do exame.