

Dra Ana Maria de Mendonça Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO EXPRESSO E PÓS-INFORMADO

O presente termo de consentimento esclarecido tem como objetivo cumprir o dever ético de informar o paciente e ou seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados aos exames endoscópicos sejam eles endoscopia com ou sem procedimento terapêutico ou colonoscopia com ou sem procedimento terapêutico. Esse termo é complemento de uma sessão de entrevista onde me foi facultado o esclarecimento de dúvidas de toda natureza sobre o exame e suas possíveis repercussões, como também seus benefícios, onde juntamente com a equipe médica acabo por autorizar sua execução.

Além da sessão de entrevista recebi material informativo expresso contendo a fonte pesquisada. Conheci o estabelecimento onde será realizado o exame e suas condições físicas e técnicas. Estou ciente da presença do anestesista em colonoscopias e endoscopias terapêuticas de maior complexidade.

Estou ciente de que devo informar qualquer alergia, ou antecedente de complicação anestésica para a equipe médica ou uso de marca-passo ou outras próteses, como também os medicamentos em uso, além de garantir que estou em jejum absoluto pelo período recomendado mínimo de 6 horas.

Durante a sessão de entrevista me foram passadas as complicações possíveis e suas incidências de forma que tomei conhecimento que os procedimentos endoscópicos são passíveis de riscos calculados baseados em literatura médica especializada. Estou ciente que a equipe médica e a clínica tem condições de tomar as providencias que venham a ser necessárias caso ocorram situações imprevistas e haja necessidade de cuidados diferentes do propostos inicialmente em virtude de alguma intercorrência.

Confirmando que compreendi as informações prestadas e faço o exame de livre e espontânea vontade, cooperando com a investigação clínica proposta pelo médico assistente, podendo inclusive rejeitar a opção de fazer o exame se assim quiser até que o processo de execução do mesmo se inicie.

Sendo assim para tal, autorizo o procedimento hoje, eu:

RG _____

Responsável _____

Médico _____

Data _____