

Dr(a). _____
CRM: _____
TEL: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ECOENDOSCOPIA E/OU
ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA**

Nome do Paciente:	Prontuário:
Data do Exame:	Solicitado por:
Clínica/Hospital:	Leito/Enf.:
Tel. do Paciente:	Tel. Testemunha:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o procedimento denominado ECOENDOSCOPIA. Eu compreendi que serei submetido a uma ECOENDOSCOPIA, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá visualizar o tubo digestivo alto, a sua parede e seus órgãos e estruturas vizinhas e, se necessário, realizar biópsias (punções) ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pelo risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de líquido gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Sei que serei submetido (a) a uma anestesia geral, com administração de medicação venosa e anestesia local com spray de xilocaína para anestesiá-la a garganta.
3. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (flebite, reação à medicação, depressão respiratória) e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
4. Eu compreendi que procedimentos diagnósticos e terapêuticos como: biópsias, punção ecoguiada, injeção de substâncias, podem ser necessárias durante o exame. Quando removidos e recuperados, os materiais serão enviados para análise histopatológica e em alguns casos, análises bioquímicas.
5. Sei que esses procedimentos, são importantes no meu tratamento, mais aumentam os riscos de complicações como: sangramentos, perfurações, infecção de lesões císticas ou pancreatite aguda. A equipe médica me explicou que estas complicações embora incomuns são sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, transfusão sanguínea, procedimentos endoscópicos adicionais, cirurgia de emergência e, apesar de muito raro risco de morte.

6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento médico proposto.

Declaro que me foram fornecidas todas essas informações e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Autorizo, de forma livre e consciente, o Dr. _____,
CRM nº _____, médico endoscopista, a realizar o procedimento de ECOENDOSCOPIA
(ULTRASSOM ENDOSCÓPICO).

_____, ____/____/____.

Nome legível

Assinatura (Paciente e/ou Responsável)

Testemunha 1

Testemunha 2

Em caso de paciente hospitalizado em outra unidade hospitalar:

Declaro que me responsabilizarei pela transmissão correta destas informações ao paciente acima referido e que possuo condições de dar prosseguimento ao tratamento clínico pós-procedimento endoscópico no hospital de origem.

Nome do médico e CRM

Assinatura sob carimbo

Telefone p/ contato

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Eu, _____, identidade nº _____,
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento endoscópico até sua
residência e/ou hospital de origem.

_____, _____ de _____ de _____. Hora: ____ : ____

Nome legível e assinatura – Responsável (acompanhante)