



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS EM PACIENTES COM
MARCAPASSO IMPLANTADO**

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome do paciente:	Prontuário
Nº identidade:	
Data do exame:	Solicitado por:
Clínica/Hospital:	Leito / enf:
Tel. do paciente:	Tel. testemunha:

1. Informo que estou ciente que por ser portador (a) de marca-passo e serei submetido(a) a PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO QUE UTILIZARÁ BISTURI ELÉTRICO,
2. Informo que entrei em contato com o médico responsável pela implantação do marca-passo que autorizou a utilização do bisturi elétrico com a colocação da placa de neutro em posição distal (perna) e um ímã sobre o marca-passo

_____, ____ / ____ /20 ____

NOME LEGÍVEL

ASSINATURA

TESTEMUNHA:

ASSINATURA:
