



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

| | |
|-------------------|------------------|
| Nome do paciente: | Prontuário: |
| Data do exame: | Solicitado por: |
| Clínica/Hospital: | Leito / enf.: |
| Tel. do paciente: | Tel. testemunha: |

1. Me foi explicado, eu li e compreendi que serei submetido a uma COLONOSCOPIA, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho através do ânus para o médico visualizar o interior do intestino grosso e parte do delgado e, se necessário, realizar biópsias ou outros procedimentos.
2. Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto caso o preparo esteja insatisfatório, ou seja, haja fezes no intestino, quando houver alguma obstrução à passagem do aparelho ou dificuldade técnica para sua introdução. O exame poderá ser suspenso e ser necessário uma nova marcação e novo preparo intestinal.
3. Sei que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa.
4. 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.
5. Eu compreendi que procedimentos diagnósticos e terapêuticos como: biopsias, injeção de substâncias para deter sangramento, remoção de pólipos, ressecção de mucosa, com uso de corrente elétrica ou dilatações podem ser necessárias durante o exame. Quando removidos e recuperados, os materiais serão enviados para análise histopatológica.
6. Sei que esses procedimentos terapêuticos aumentam o risco de outras complicações como: sangramento, úlceras, estenoses ou perfuração precoce ou tardia. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns são sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência
7. **AO DEIXAR O HOSPITAL, APÓS O EXAME, SEREI ACOMPANHADO DE RESPONSÁVEL MAIOR DE IDADE QUE SE RESPONSABILIZARÁ EM ME ACOMPANHAR ATÉ MINHA RESIDENCIA E NÃO PODEREI DIRIGIR CARROS OU MOTOS.**

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

_____, _____ / _____ /20____

Nome legível

Assinatura (paciente /responsável)

Nome legível

Assinatura (testemunha)