



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA –
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA**

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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. 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 uma sedação através da administração de medicação venosa e anestesia local com um *spray* de xilocaína para anestésiar 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 cardíaco-respiratórios durante o procedimento.
4. Eu compreendi que este tratamento inclui, além da endoscopia digestiva alta, a realização de uma incisão na pele e passagem, através da endoscopia, de uma sonda que permanecerá, para via de acesso de alimentação e/ou administração de medicamentos.
5. Estou ciente que estes procedimentos terapêuticos aumentam o risco de dor, ulceração, infecção, deslocamento da sonda ou complicações tardias relacionadas com o cuidado com a sonda. Existe ainda a possibilidade de serem necessários outros procedimentos. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, são sérias, e necessitam de hospitalização para observação clínica, podendo ser preciso cirurgia de urgência, e resultar em risco de morte.

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

_____ / _____ / _____

Nome legível

Assinatura (paciente /responsável)

Nome legível

Assinatura (testemunha)

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

Nome legível e CRM

Assinatura e carimbo

Tel. contato