



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA COM SEDAÇÃO
(DIREÇÃO VEICULAR)**

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 PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO COM SEDAÇÃO. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Fui informado que deveria comparecer com acompanhante com mais de 18 e funcionalmente capaz de me auxiliar.
3. Apesar de ter sido informado compareci dirigindo para ser submetido ao procedimento.
4. Eu, _____, me comprometi a não retornar dirigindo devido aos riscos de eu provocar acidente. Desta forma informei a equipe que _____, doc. _____ retornará conduzindo o veículo ou moto

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 (acompanhante)