

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA**

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

*Preencher se paciente for menor ou incapaz.*

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) responsável sobre a necessidade de proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como à realização do procedimento denominado COLONOSCOPIA, incluindo todos os atos que o integram, tais como preparo intestinal prévio, sedação, manobras clínicas associadas, cuidados pré, intra e pós-procedimento, podendo o(a) referido(a) profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário.

Declaro, ainda, que o(a) médico(a) prestou-me informações claras, suficientes e compreensíveis acerca do diagnóstico, da indicação do procedimento, de seus objetivos, benefícios esperados, riscos, possíveis complicações e alternativas diagnósticas ou terapêuticas, conforme descrito a seguir.

A colonoscopia é um exame diagnóstico e terapêutico que consiste na introdução, pelo ânus, de um tubo flexível dotado de câmera e fonte de luz (colonoscópio), permitindo a visualização direta do intestino grosso (cólon) e, quando tecnicamente possível, da porção final do intestino delgado (íleo terminal). O procedimento é geralmente realizado sob sedação endovenosa, com monitorização adequada, sendo indispensável a realização prévia de preparo intestinal para adequada limpeza do cólon.

Entre os benefícios esperados da colonoscopia estão o diagnóstico preciso de doenças como pólipos intestinais, câncer colorretal, doenças inflamatórias intestinais, diverticulose, sangramentos intestinais, alterações da mucosa colônica e outras patologias; a possibilidade de coleta de biópsias para análise histopatológica; e a realização de procedimentos terapêuticos, tais como polipectomias, controle de sangramentos, dilatação de estenoses e retirada de corpos estranhos. O exame contribui para a definição diagnóstica, o direcionamento do tratamento adequado, o rastreamento de neoplasias e o acompanhamento da evolução clínica.

Fui esclarecido(a), contudo, de que, apesar de ser considerado um procedimento seguro e rotineiramente realizado, a colonoscopia envolve riscos e possíveis complicações, inerentes ao

procedimento, ao uso de sedativos e às condições clínicas do paciente. Tais riscos incluem, entre outros, reações adversas aos medicamentos sedativos, como queda da pressão arterial, reações alérgicas, arritmias cardíacas e dificuldade respiratória; distensão abdominal, cólicas, náuseas ou desconforto após o exame; sangramento, especialmente quando há realização de biópsias ou polipectomias; perfuração do intestino grosso, situação rara, porém grave, que pode exigir tratamento cirúrgico; infecção; aspiração de secreções ou conteúdo gástrico para os pulmões; parada cardiorrespiratória e, em casos excepcionais, óbito, decorrente de complicações graves.

Estou ciente de que, embora todas as medidas de segurança sejam adotadas pela equipe assistencial, não é possível garantir a ausência de complicações ou resultados específicos.

Fui igualmente informado(a) sobre os riscos inerentes à sedação e à anestesia, os quais, embora raros, podem ocorrer, sendo estes esclarecidos pela equipe responsável.

Declaro, ainda, estar ciente de que a colonoscopia não assegura garantia de diagnóstico definitivo ou de cura, podendo a evolução do meu quadro clínico exigir a realização de novos exames, procedimentos adicionais ou a modificação das condutas inicialmente propostas. Autorizo, desde já, o(a) médico(a) assistente a adotar as medidas que julgar necessárias diante de intercorrências, visando à preservação da minha vida e da minha saúde, incluindo eventual transferência para unidade de terapia intensiva e uso de hemoderivados, se houver risco iminente à vida.

Declaro também que fui informado(a) sobre métodos diagnósticos alternativos, quando aplicáveis, bem como sobre as limitações desses métodos e as consequências da não realização da colonoscopia, tendo tido a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, com informações prestadas em linguagem clara e acessível.

Assim, após leitura, compreensão e aceitação do exposto, declaro que minha decisão é livre, consciente e voluntária, expressando meu pleno consentimento para a realização do procedimento de COLONOSCOPIA, conforme acima descrito.

Guanhães/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico