

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, incluindo todos os atos que o integram, tais como sedação, anestesia local da orofaringe, 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 endoscopia digestiva alta é um exame diagnóstico e terapêutico que consiste na introdução, pela boca, de um tubo flexível dotado de câmera e fonte de luz (endoscópio), permitindo a visualização direta do esôfago, estômago e duodeno. O procedimento é geralmente realizado sob sedação endovenosa, associada à anestesia local da garganta, com monitorização adequada, e tem como finalidade identificar alterações das mucosas do trato digestivo alto, bem como possibilitar intervenções quando indicadas.

Entre os benefícios esperados da endoscopia digestiva alta estão o diagnóstico preciso de doenças como gastrite, úlceras, esofagite, doença do refluxo gastroesofágico, varizes esofágicas, tumores, infecções e outras alterações; a possibilidade de coleta de biópsias para análise histopatológica; e a realização de procedimentos terapêuticos, tais como controle de sangramentos, dilatação de estenoses, retirada de corpos estranhos e polipectomias. O exame contribui para a definição diagnóstica, o direcionamento do tratamento adequado e o acompanhamento da evolução clínica.

Fui esclarecido(a), contudo, de que, apesar de ser considerado um procedimento seguro e rotineiramente realizado, a endoscopia digestiva alta 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; náuseas, vômitos, dor ou desconforto na garganta após o exame; sangramento, especialmente quando há realização de biópsias ou procedimentos terapêuticos; perfuração do esôfago, estômago ou duodeno, situação rara, porém grave, que pode exigir tratamento cirúrgico; 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 o procedimento 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 endoscopia digestiva alta, 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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, conforme acima descrito.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico