

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia ou sedação, a ser realizado pelo (a) Dr. (a):

A sedação/anestesia, consiste em administrar medicações que vão diminuir o nível de consciência e dor do paciente durante o exame; como qualquer medicação administrada, pode haver alguns efeitos inesperados, complicações, tais como: Broncoespasmo / Reação anafilática / Hipertermia maligna / Alterações hemodinâmicas, como arritmia e hipotensão.

Declaro que:

- 1- Nas informações que forneci, nada omiti em relação a minha saúde e hábitos.
- 2- Li as informações acima sobre a anestesia/sedação a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios e riscos.
- 3- Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 4- Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue, bem como, mudanças na programação anestésica em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Confirmo que li e compreendi todas as explicações acima, que concordo com os itens referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____

Médico anesthesiologista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E/OU COLONOSCOPIA

Eu _____ CPF _____

RG _____, afirmo que fui informado (a) pela equipe do setor de endoscopia, que o exame diagnóstico e/ou terapêutico de Endoscopia Digestiva (Alta e/ou Baixa), o (s) qual (is) serei submetido (a) é seguro, porém estou ciente, que apesar de infrequentes, existem alguns problemas que podem ocorrer durante a preparação e/ou a realização do exame. Abaixo alistamos algumas das complicações que ocasionalmente podem ocorrer durante e/ou após o exame:

- 1) Dor na garganta ou dificuldade de deglutição;
- 2) Reação alérgica a medicação usada para a sedação;
- 3) Dor abdominal;
- 4) Tromboflebite;
- 5) Sangramento digestivo;
- 6) Perfuração de órgãos: esôfago, estômago, duodeno e/ou intestinos.

Essas ocorrências podem ser minimizadas, com informações detalhadas sobre a existência de alergias ou intolerância a determinadas substâncias e medicamentos durante o exame.

A realização de biopsias é frequente durante a endoscopia digestiva e exceto em raras ocasiões, este procedimento não aumenta de modo significativo a duração ou riscos do procedimento. Alguns procedimentos terapêuticos podem ser realizados durante a endoscopia. Os riscos dos mesmos serão individualizados e discutidos previamente com o paciente, exceto em caso de urgência ou emergência.

Fui informado (a) que a equipe do setor está apta a diagnosticar e tratar qualquer das complicações, minimizando, portanto, suas consequências. A equipe da Endoscopia esteve disponível para esclarecer todas as dúvidas a respeito das possíveis complicações.

Recife, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia ou sedação, a ser realizado pelo (a) Dr. (a):

A sedação/anestesia, consiste em administrar medicações que vão diminuir o nível de consciência e dor do paciente durante o exame; como qualquer medicação administrada, pode haver alguns efeitos inesperados, complicações, tais como: Broncoespasmo / Reação anafilática / Hipertermia maligna / Alterações hemodinâmicas, como arritmia e hipotensão.

Declaro que:

- 1- Nas informações que forneci, nada omiti em relação a minha saúde e hábitos.
- 2- Li as informações acima sobre a anestesia/sedação a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios e riscos.
- 3- Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 4- Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue, bem como, mudanças na programação anestésica em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Confirmo que li e compreendi todas as explicações acima, que concordo com os itens referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____

Médico anesthesiologista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E/OU COLONOSCOPIA

Eu _____ CPF _____

RG _____, afirmo que fui informado (a) pela equipe do setor de endoscopia, que o exame diagnóstico e/ou terapêutico de Endoscopia Digestiva (Alta e/ou Baixa), o (s) qual (is) serei submetido (a) é seguro, porém estou ciente, que apesar de infrequentes, existem alguns problemas que podem ocorrer durante a preparação e/ou a realização do exame. Abaixo alistamos algumas das complicações que ocasionalmente podem ocorrer durante e/ou após o exame:

- 1) Dor na garganta ou dificuldade de deglutição;
- 2) Reação alérgica a medicação usada para a sedação;
- 3) Dor abdominal;
- 4) Tromboflebite;
- 5) Sangramento digestivo;
- 6) Perfuração de órgãos: esôfago, estômago, duodeno e/ou intestinos.

Essas ocorrências podem ser minimizadas, com informações detalhadas sobre a existência de alergias ou intolerância a determinadas substâncias e medicamentos durante o exame.

A realização de biopsias é frequente durante a endoscopia digestiva e exceto em raras ocasiões, este procedimento não aumenta de modo significativo a duração ou riscos do procedimento. Alguns procedimentos terapêuticos podem ser realizados durante a endoscopia. Os riscos dos mesmos serão individualizados e discutidos previamente com o paciente, exceto em caso de urgência ou emergência.

Fui informado (a) que a equipe do setor está apta a diagnosticar e tratar qualquer das complicações, minimizando, portanto, suas consequências. A equipe da Endoscopia esteve disponível para esclarecer todas as dúvidas a respeito das possíveis complicações.

Recife, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____