

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº CRM: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado "ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA".

**PROCEDIMENTO:** Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um exame indicado para diagnosticar e tratar algumas das doenças mais comuns do sistema digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno), realizado sob sedação, através da introdução de um endoscópio flexível pela boca. Este é um longo e fino tubo, que possui uma câmera de alta resolução e uma fonte de luz própria, que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame.

Endoscopia Digestiva Baixa (Colonoscopia) é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado), realizado sob sedação, através da introdução do colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Este é um longo e fino tubo, que possui uma câmera de alta resolução e uma fonte de luz própria, que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame. Durante este percurso o endoscopista pode visualizar alguns achados que necessitem de intervenção imediata através de procedimentos como: I. Biópsia - retirada de um ou mais fragmentos da mucosa ou de lesões; II. Polypectomia - retirada de pólipos; III. Mucosectomia - retirada de lesões, geralmente pólipos planos, após injeção de substâncias na submucosa; IV. Colocação de cliques, ou a cauterização através de equipamento eletroeletrônico (corrente elétrica - bisturi) visando o controle de eventual sangramento; V. Tratamento de Lesões Sangrantes (hemostasias), utilizando várias técnicas disponíveis, como: injeção de substâncias, colocação de clips metálicos, alças plásticas "endo-loops"; coagulação com plasma de argônio.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES:** Procedimentos médicos estão sujeitos a riscos, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Dentre os riscos na endoscopia e colonoscopia estes são mínimos: flebite ou equimose, devido a punção venosa; dor leve ou distensão abdominal; leve hipertemia. O sangramento ou perfuração são complicações pouco frequentes. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /  
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

## Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24.** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

**É vedado ao médico: Art. 34.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**2º Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º** São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------



# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

**Art. 9º** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Da Lei 10.406/2002: Art. 15.** Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

