



Gava Mendes

Clínica Médica

Dr. João Marcos Rezende Mendes

Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)

Especialista e Titular pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)

Especialista em Cirurgia Geral pela Associação Médica Brasileira (AMB)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Ecoendoscopia diagnóstica e/ou terapêutica.

1. Eu compreendi que serei submetido a uma ECOENDOSCOPIA, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá visualizar o tubo digestivo alto, a sua parede e seus órgãos e estruturas vizinhas e, se necessário, realizar biópsias (punções) ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pelo risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de líquido gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Sei que serei submetido (a) a uma anestesia geral, com administração de medicação venosa e anestesia local com spray de xilocaína para anestésiar a garganta.
3. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (flebite, reação à medicação, depressão respiratória) e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
4. Eu compreendi que procedimentos diagnósticos e terapêuticos como: biópsias, punção ecoguiada, injeção de substâncias, podem ser necessárias durante o exame. Quando removidos e recuperados, os materiais serão enviados para análise histopatológica e em alguns casos, análises bioquímicas.
5. Sei que esses procedimentos, são importantes no meu tratamento, mais aumentam os riscos de complicações como: sangramentos, perfurações, infecção de lesões císticas ou pancreatite aguda. A equipe médica me explicou que estas complicações embora incomuns são sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, transfusão sanguínea, procedimentos endoscópicos adicionais, cirurgia de emergência, internação em UTI e, apesar de muito raro, risco de morte.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Se, durante o procedimento proposto, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.
7. Também entendi que antes da realização do procedimento, a qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento médico proposto.
8. Declaro ter recebido pelo médico assistente e sua equipe **TODAS** as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento; assim como também estar devidamente informado dos riscos presentes ao referido ato, bem como da possibilidade de surgimento de complicações inerentes ao quadro clínico.
9. Todos os pertences de valor, como dinheiro, alianças, próteses dentárias, cordões etc. devem ficar sob a guarda do acompanhante, pois **não** são de responsabilidade da equipe médica.
10. Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido, sido orientado verbalmente, compreendido e ter tido a oportunidade de tirar **TODAS** as minhas dúvidas, verbalmente, com a equipe que me assiste, ciente do procedimento a ser adotado, assim como de seus riscos, benefícios e limitações, **CONCORDO E AUTORIZO** a equipe do Dr. João Marcos Rezende Mendes a realizar o mesmo.

Data: _____ CPF: _____

Nome legível do paciente: _____

Nome legível do responsável: _____

Assinatura: _____