

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Paciente.....

Sexo: Masculino () Feminino ()

A colonoscopia é um exame realizado para prevenir e diagnosticar câncer do intestino grosso, diagnósticos de colites, sangramento anal, identificação e remoção de pólipos e alguns tumores do intestino grosso, investigação de sintomas abdominais de origem incerta e de achados anormais nas radiografias, tomografia, ressonâncias e ultrassonografias abdominais.

Declaro que:

Recebi os esclarecimentos e estou ciente e ao mesmo tempo concordo e autorizo o

Dr(a) **ALEXANDRE VIANNA SOARES**, médico, CRM.17215 ;

realize os procedimentos: **Colonoscopia**, coleta de material para biópsia (se necessário), Polipectomia de cólon (retirada de pólipos, que são elevações da mucosa que podem ter aparência de verrugas, normalmente benignos que exibem grande variação de tamanho, estes são retirados durante o decorrer do exame da colonoscopia).

Estou ciente de que para realizar o exame serei submetido a uma sedação anestésica, esta será feita por um médico anestesista, estando o procedimento anestésico sob sua exclusiva responsabilidade. Compreendo e aceito que a administração de sedativos será por via endovenosa e pode causar eventuais complicações ainda que seja pouco frequente.

Fui informado dos eventuais riscos, das complicações, que podem ocorrer, mesmo sendo elas raras tais como: sangramentos após uma biópsias ou remoção de um pólipo, perfurações mesmo que o procedimento tenha sido realizado pelos mais rigorosos padrões técnicos, se isso ocorrer, o que é raro, existem procedimentos cirúrgicos para a correção do mesmo, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros eventos imprevisíveis e fortuitos.

Estou ciente que após o exame poderá haver náuseas, estufamentos e cólicas causados pela presença de gases no intestino, estes sintomas são habitualmente leves e passageiros quando ocorrem. A alimentação poderá ocorrer normalmente após o exame, exceto se o médico restringir dieta e atividades. A ingestão de bebidas alcoólicas deverá ser evitada durante 12 horas após o exame.

Compreendi que devo estar acompanhado, uma vez que após o exame não estarei apto a **CONDUZIR VEÍCULOS**, operar máquinas, telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação da sedação anestésica, pois há a possibilidade parcial ou total de não recordar o que aconteceu após a administração do sedativo. Isento portanto, o médico responsável, por qualquer dano que possa vir a sofrer em caso de exposição a qualquer atividade daquelas citadas acima que me venha proporcionar risco.

Com os esclarecimentos prestados autorizo e concordo que o médico referido acima aplique todas as técnicas necessárias para o pleno sucesso do procedimento e que utilize de todos os meios disponíveis ao seu alcance em benefício do paciente.

Por estar plenamente consciente das necessidades e dos riscos que poderão advir com o procedimento supra citado, assino a presente declaração.

Curitiba,de de

Assinatura:.....