



GRUPOIMNE

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Nome:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

Doc. de Identificação:

Tipo:

Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Geral Dr. Beda ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO Dr. \_\_\_\_\_, CRM/RJ nº \_\_\_\_\_ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, pertencentes ao corpo clínico do Hospital Geral Dr. Beda, a realizar o procedimento de endoscopia digestiva.

Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações, mas estas são raras. Pode ocorrer sangramento após uma biópsia ou remoção de um pólipos. Este é mínimo e raramente há necessidade de internação, transfusões sanguíneas ou cirurgia. Complicações maiores como perfurações são raras, mas podem acontecer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob os mais rigorosos padrões técnicos. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de sedação, que será administrada pelo próprio médico endoscopista. Compreendo e aceito que a administração de sedativos por via endovenosa pode causar complicações, ainda que isso seja pouco frequente;

Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas;

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento;

Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), li e compreendi todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura Testemunha \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura Testemunha \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_