



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____

Atendimento: _____

Data de nascimento: _____

CPF ou RG: _____

Nome da mãe do paciente: _____

Nome do responsável pelo paciente: _____

CPF ou RG do responsável: _____

Nome do(a) médico(a): _____

CRM: _____

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais e de livre e espontânea vontade, AUTORIZO o médico acima identificado, seus auxiliares e todos os demais profissionais vinculados à assistência, a realizar o procedimento de RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, expressando a minha ciência e conformidade com as seguintes condições:

2. Declaro que recebi, li e discuti previamente com o médico examinador as informações sobre o procedimento denominado Retirada de Corpo Estranho por Endoscopia Digestiva Alta. Entendi que serei submetido(a) a um exame que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliar o interior do esôfago, estômago e duodeno e realizar tentativa de retirada de corpo estranho.

3. Estou ciente de que retirada de corpo estranho consiste na extração de qualquer objeto que se encontra no esôfago, estômago ou duodeno trazendo problemas ou riscos - seja por presença ou possibilidade de perfuração (objetos pontiagudos), de obstrução (objetos grandes e/ou impactados) ou de lesões químicas (como no caso de pilhas ou baterias alojadas em esôfago).

4. Sei que o corpo estranho pode estar impactado (preso), ser de grande tamanho ou apresentar pontas.

Por isso, compreendo que pode haver dificuldade para sua retirada e que ocasionalmente não se consegue retirá-lo através da endoscopia, sendo então necessário recorrer a outros métodos como cirurgia para a resolução do problema.

5. Sei que um líquido anestésico local será borrifado em minha garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável.

6. Estou ciente de que será administrada sedação através da injeção em uma veia de meu braço ou mão de um medicamento que me fará relaxar, permitindo o exame com mais conforto e facilidade. Sua realização e o tipo de sedação empregada dependerão da avaliação de meu estado clínico pelo médico examinador. A técnica de sedação e anestésica, necessária no procedimento, será definida pelo médico anestesista presente no ato.

7. Estou ciente de que complicações relacionadas à sedação ou à anestesia podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, assumo o compromisso de informar previamente ao médico examinador se sou alérgico(a) a medicamentos ou alimentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação ou uso de anestésicos, inclusive de familiares.

8. Estou ciente de que a realização do procedimento sem um período adequado de jejum prévio traz risco de vômitos com possível aspiração de restos alimentares para o pulmão, com conseqüente pneumonia. Assim, naqueles casos em que há baixo risco de complicações imediatas decorrentes da presença do corpo estranho em trato digestivo alto, pode-se optar por aguardar algumas horas para a realização do procedimento, que desta forma será feito com estômago vazio e menor risco de aspiração.

Já em outros casos, não se pode aguardar para retirar o corpo estranho devido ao alto risco de complicações imediatas dele decorrentes, sendo sua retirada uma emergência médica. Nestes casos, o risco de deixar o corpo estranho por mais tempo no tubo digestivo é maior do que o risco da aspiração, e assim o procedimento é feito imediatamente, mesmo correndo o risco acima descrito.

9. Estou ciente de que a tentativa de retirada de corpo estranho pode ocasionar feridas na parede de esôfago, estômago e duodeno, com risco de sangramento durante o procedimento e até alguns dias após o procedimento. O risco é baixo, porém existe.

Por isso, assumo o compromisso de informar previamente ao médico examinador se estou em uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou se sou portador(a) de alguma condição que compromete a coagulação adequada do sangue. Da mesma forma, sei que a endoscopia pode mostrar que o corpo estranho (neste caso geralmente pontiagudo) penetrou profundamente na parede do órgão, podendo tê-lo perfurado e que existem riscos, também baixos, de obstrução, laceração e perfuração do esôfago, estômago ou duodeno pela própria extração do corpo estranho. Estou ciente de que a equipe médica e assistencial está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que serei examinado(a) em ambiente hospitalar para maior segurança.

10. Estou ciente de que após o exame poderei sentir dores e dificuldade para engolir causadas pelo trauma relacionado diretamente ao corpo estranho e também as manobras necessárias para sua retirada, dor de garganta relacionada à passagem do aparelho e náuseas, estufamento e cólicas devido à presença de gases no intestino. Sei que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem, e que devo buscar imediatamente atendimento médico na ocorrência de dor mais intensa ou de outros sintomas que exijam atenção médica ou que estejam fora da normalidade. Ainda, estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, sejam elas prévias ou pós-procedimento.

11. Compreendi que, para realizar o procedimento sob sedação ou anestesia, deverei estar acompanhado(a) por pessoa adulta apta a me levar para casa e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada. Entendi que não estarei apto(a) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período mínimo de 12 horas, e que somente serei liberado(a) das dependências do hospital quando a equipe médica determinar que estou em boas condições clínicas para alta. Fui alertado(a) para a possibilidade de não recordar parcial ou totalmente do que ocorreu após a administração da anestesia ou da sedação (esta é uma ação do sedativo),

portanto devo evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.

12. Estou ciente que todo ato médico trata-se de obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados e que todo ato médico ou cirúrgico, não importa qual, possui risco de MORTE, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática não é uma ciência exata, e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento realizado.

13. e a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, a equipe médica está desde já autorizada a variação do ato médico e a adoção dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de risco à vida apurado. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, anestesia, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

14. Estou ciente que não está descartada a possibilidade de contrair infecção hospitalar durante a internação mesmo existindo comissão interna de prevenção de infecção atuante e o hospital possua índice de infecção abaixo dos parâmetros de tolerância preconizados pelos órgãos de saúde. Há risco, inclusive, de morte por sepse.

15. Declaro que prestei todas as informações relativas às minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestésia/sedação minhas e de familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Estou ciente que qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e/ou comprometer o resultado do procedimento.

16. Estou ciente que posso revogar este consentimento antes que o procedimento se realize, bastando comunicar a equipe, sem que isso seja motivo para constrangimento ou impedimento a acesso a serviços no futuro. Ainda, estou ciente e de acordo que com o consentimento para a realização do procedimento, eu, paciente, assumo os riscos inerentes a sua realização, conforme



resumidamente expostos neste documento, podendo ser complementado pela literatura médica, em constante evolução.

17. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive seus termos técnicos, AUTORIZANDO a realização do procedimento de RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, assumindo os riscos inerentes a ele.

Paciente ou Responsável Legal

___/___/___

Testemunha

___/___/___

Eu, Dr(a) _____

CRM _____ declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico Responsável

___/___/___