



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SEDAÇÃO/ANESTESIA EM ENDOSCOPIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) de forma clara, completa e compreensível sobre a necessidade da realização de um exame de endoscopia digestiva alta (ou colonoscopia, se for o caso), com **sedação/anestesia**.

O exame será realizado pelo(a) médico(a) Dr(a).

\_\_\_\_\_, e a sedação/anestesia será conduzida pelo(a) anestesiológico(a) Dr(a).

\_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_.

Fui esclarecido(a) quanto:

- Ao objetivo e à natureza do exame endoscópico.
- À necessidade de sedação/anestesia para garantir conforto, segurança e imobilidade durante o procedimento.
- Aos **riscos e possíveis efeitos adversos** relacionados à sedação/anestesia, incluindo, mas não se limitando a: reações alérgicas, náuseas, vômitos, queda de pressão, depressão respiratória, necessidade de entubação, complicações cardiovasculares e, embora raramente, risco de óbito.
- À recomendação de **jejum adequado** (mínimo de 8 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros).
- À necessidade de estar acompanhado(a) por um responsável maior de idade para retornar para casa, visto que **não poderei dirigir veículos ou operar máquinas nas próximas 12 a 24 horas** após o procedimento.
- Que terei acompanhamento contínuo durante o procedimento por profissional habilitado, com suporte para emergências.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e que todas foram respondidas de forma satisfatória. Autorizo, portanto, a realização da sedação/anestesia conforme descrito.

**Local e data:** \_\_\_\_\_, // \_\_\_\_\_.

**Assinatura do(a) paciente:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) responsável (se aplicável):** \_\_\_\_\_

**Assinatura do médico anestesiológico:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do médico endoscopista:** \_\_\_\_\_