



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA  
DIGESTIVA BAIXA (COLONOSCOPIA)  
DIAGNOSTICA

Por este instrumento particular, o paciente Sr(a) \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, residente

e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,

(ou seu acompanhante responsável legal), o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,

declara para todos os fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para executar o procedimento denominado **COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA** e todos os procedimentos que o incluem, como biópsia, citologias, podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

I) O exame solicitado é o mais indicado para esclarecer o diagnóstico do médico solicitante e mesmo tratar algumas doenças de seu intestino. Médico solicitante: DR \_\_\_\_\_, Inscrito no CRM sob nº \_\_\_\_\_

II) Exame alternativo seria o estudo radiológico (enema opaco), mas trata-se de exame de segunda escolha, não permitindo biópsia nem tratamento.

III) O paciente deverá vir ao Centro de Endoscopia acompanhado por pessoa adulta responsável; caso contrário, o exame não será realizado.

IV) DEFINIÇÃO DE COLONOSCOPIA: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, dos cólons (intestino grosso) e do íleo terminal (intestino delgado). É realizado através do equipamento denominado vídeo-colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Para realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e, frequentemente, a sedação por via intravenosa. Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados abaixo:

- biópsia (ou retirada de um ou mais fragmentos da mucosa),

- polipectomia (ou retirada de um ou mais pólipos),

- mucosectomia (ou retirada de um fragmento da mucosa intestinal ou pólipos planos),

- injeção de substâncias ou a cauterização através de equipamentos eletroeletrônicos (corrente elétrica) visando o controle de eventual sangramento.

- exame histopatológico, que é o exame dos pólipos ou biópsias removidos, quando enviado para análise de um médico patologista.

V) Também foi esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração (em torno de 0,1% dos casos). Que embora pouco frequentes, são complicações sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea, hospitalização ou mesmo cirurgia de urgência, visando segurança e benefício ao paciente, de forma a controlar e curar o problema.

VI) PREPARO INTESTINAL: instruções, prescrição e orientação são fornecidas na ocasião da marcação do exame. O resultado do preparo poder ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim ou na ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial e por este motivo os idosos deverão estar acompanhados durante o preparo evitando assim risco de queda. Nos casos em que o preparo é realizado na residência, a ocorrência de vômitos e/ou distensão do abdome obriga o paciente a: 1- Interromper o preparo; 2- Comunicar o médico responsável e 3- Dirigir-se a um setor de atendimento de emergência mais conveniente e próximo, para avaliação.

VII) Por receber sedação, o paciente não deverá guiar qualquer tipo de veículo no dia do exame, pois os reflexos poderão estar retardados. Deverá evitar também o uso de instrumentos perfuro-cortantes, inflamáveis ou que exijam manuseio delicado ou ajuste fino. Deverá ser ajudado ao subir ou descer escadas.

VIII) Pacientes com imunodepressão podem desenvolver ou reativar doenças oportunistas

IX) A lista de riscos e complicações aqui apresentada pode não incluir todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento.

X) Se houver necessidade de sedação profunda ou anestesia geral, está ciente que toda sedação profunda ou anestesia geral envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins. Isto pode resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

XI) Após o exame, o paciente permanecerá em observação na sala de recuperação por um período de tempo variável, dependendo da plena recuperação de sua capacidade de deambulação.

XII) A alimentação será permitida após o exame.

O paciente declara que informou todos os dados referentes à sua saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

Declara, também, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo médico acima identificado e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Assinatura do responsável pelo (a) paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do médico: \_\_\_\_\_