

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Colonoscopia/Retossigmoidoscopia

**Informações sobre o procedimento:** A **Colonoscopia/Retossigmoidoscopia** é um exame que tem por objetivo a inspeção do cólon (intestino grosso), reto e íleo terminal (parte final do intestino delgado). O procedimento é realizado por meio de um aparelho flexível, cujo diâmetro é em torno de 01 (um) centímetro, contendo uma câmera em sua extremidade, que será introduzido através do ânus, seguindo o trajeto intestinal.

Para a realização deste exame, o paciente deverá realizar o preparo prévio de limpeza do intestino, cujas instruções serão informadas antecipadamente e deverão ser seguidas fielmente. No dia do exame o paciente não poderá ingerir alimentos sólidos e a ingestão de líquidos claros previamente determinados está autorizada até 3 horas antes do exame. Quando o cólon se apresentar em condições insatisfatórias para o exame, devido ao preparo inadequado, o exame será interrompido. Nestes casos a colonoscopia é cobrada e, apresenta como resultado, um laudo parcial, informado que uma parte do intestino não pôde ser estudada por conta da presença de resíduos. O procedimento dura em média 20 (vinte) a 30 (trinta) minutos, podendo se estender em virtude da necessidade de realização de procedimentos complementares, de acordo com a necessidade (remoção de pólipos, dilatações, cauterização de lesões, ou outros).

A sedação será realizada por um médico Anestesiologista, que administrará a medicação por via intravenosa, acompanhada de monitorização dos sinais vitais. Essa medicação ocasionará um estado de sono e possibilitará a execução do procedimento sem desconforto. Em decorrência dos protocolos de segurança exigidos pelo Conselho Federal de Medicina, o paciente deverá permanecer em observação na clínica, por período suficiente para ter condições de alta. Em decorrência da utilização das medicações sedativas **é obrigatória e imprescindível a presença de 01 (um) acompanhante, maior de idade, plenamente capaz, que ficará responsável por conduzir o(a) paciente em segurança até a sua residência após a alta da clínica. É terminantemente proibido** ao paciente dirigir veículos automotores, motocicletas, bicicletas, entre outros meios de transporte, sendo vedada, também, a locomoção em garupa, ou, até mesmo, assumir compromissos pessoais, profissionais ou acadêmicos por um período de 12 horas após o procedimento. Para menores de 18 anos, o acompanhante, obrigatoriamente, deve ser um responsável legal (pai, mãe ou tutor).

Durante o exame serão insufladas suficientes quantidades de ar, que serão aspiradas, mas que poderão provocar alguma sensação de desconforto abdominal após o exame. Esses gases serão expelidos naturalmente pelo organismo ou com o uso de medicação.

A colonoscopia é um exame bastante seguro, mas possui riscos de ocorrência de complicações, como em qualquer outro procedimento médico. As complicações são mais comuns são o sangramento, infecção e perfuração (em torno de 0,1% dos casos), além de efeitos colaterais pelos medicamentos usados na sedação, como flebite, reação alérgica à medicação e problemas cardiorrespiratórios. Ainda que pouco frequentes, as complicações mais sérias podem necessitar de hospitalização ou intervenções cirúrgicas.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) no endereço \_\_\_\_\_

devidamente acompanhado(a) pelo Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para todos os fins, que tenho ciência de que serei submetido(a), nesta data, ao procedimento de **COLONOSCOPIA**.

Certifico, por meio deste termo, que fui informado(a), de forma clara e precisa, de todos os benefícios, riscos, complicações, alternativas e todo e qualquer pormenor relativo ao procedimento que irei me submeter, sendo, também, concedido tempo suficiente para compreender os seus termos e garantida a oportunidade de formular perguntas e esclarecer dúvidas sobre este exame, as quais foram respondidas de forma satisfatória pelos(as) profissionais desta clínica.

Declaro que respondi com absoluta veracidade todas as respostas do questionário com informações sobre minha saúde, formulado pela clínica.

Certifico, nestes termos, que autorizo a realização do exame de colonoscopia de forma livre e esclarecida, bem como, atesto que me foi garantida a oportunidade de não realizar o procedimento assinalado no preâmbulo deste documento, caso não concordasse com qualquer das disposições ora registradas.

Afirmo expressamente que, caso seja necessária a realização de procedimento não coberto pela operadora, seguradora ou convênio de plano de saúde, comprometo-me a custear os valores correspondentes a estes procedimentos de forma particular.

Declaro que estou ciente que no dia do exame, devo trazer o pedido do exame assinado e carimbado pelo médico, guia autorizada (a depender do convênio), documento oficial com foto juntamente com este termo assinado, sob pena de não realizar o procedimento.

Sendo que havia a declarar, firmo o presente Termo de Consentimento Informado, na data abaixo registrada.

Santos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do paciente

Assinatura do acompanhante

## QUESTIONÁRIO PRÉ - COLONOSCOPIA

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

**Marque os principais motivos para a realização do exame:**

- ( ) Dor abdominal, cólicas      ( ) Diarreia      ( ) Intestino preso      ( ) Sangue nas fezes;  
( ) Muco (catarro) nas fezes      ( ) Anemia      ( ) Controle de pólipos de intestino  
( ) Controle de Doença Inflamatória Intestinal      ( ) Doença de Crohn ?      ( ) Retocolite Ulcerativa  
( ) Pesquisa de câncer colorretal  
( ) Controle de tratamento/cirurgia de câncer de intestino  
( ) Investigação pela presença de familiar com câncer de cólon ? Quem? \_\_\_\_\_  
( ) Outro Qual: \_\_\_\_\_

Já realizou esse exame antes? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

Marque as patologias (doenças) que você possui.

- ( ) Pressão alta      ( ) Diabetes      ( ) Problemas de tireoide  
( ) Asma      ( ) Bronquite      ( ) Enfisema Pulmonar      ( ) Ronco      ( ) Apneia do sono – Uso de CPAP  
( ) Já teve de Infarto , quando \_\_\_\_\_      ( ) Arritmia cardíaca      ( ) Uso de marca passo  
( ) AVC – derrame  
( ) Hepatite A    B    C    outra      ( ) Cirrose  
( ) Insuficiência Renal      ( ) Faz Diálise  
( ) Doença Muscular, Qual ? \_\_\_\_\_  
( ) Doença Reumatológica, Qual ? \_\_\_\_\_  
( ) Ansiedade                                      ( ) Depressão  
( ) Câncer \_\_\_\_\_  
( ) Doença infectocontagiosa ? Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Problema da coagulação do sangue? Qual ? \_\_\_\_\_  
( ) Outros problemas de saúde \_\_\_\_\_

CIRURGIAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS EM USO: