

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:

O PACIENTE ou o seu RESPONSÁVEL formaliza este termo de consentimento, declarando que tomou conhecimento dos dados abaixo:

1. O que é a RETOSSIGMOIDOSCOPIA?

É um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto e sigmóide (parte final do intestino grosso). É realizado introduzindo-se endoscópio (aparelho) através do ânus, após preparo adequado (lavagem-enemas) do reto e sigmóide.

2. Riscos e complicações do procedimento:

São riscos e complicações mais frequentes e inerentes à realização deste exame, porém não excluídos outros riscos ou complicações, complementadas pela literatura médica:

- a. Sangramento anal, principalmente quando se realizam pequenos procedimentos (biópsias e/ou polipectomias).
- b. Perfuração intestinal (raro).
- c. Infecções.
- d. Dor local.
- e. Dificuldade respiratória em função da sedação.
- f. Sangramento com necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados.

2.1. Há também o risco, em menor grau, porém ainda presente, de ocorrência de perfuração intestinal, sepse (infecção grave na corrente sanguínea), parada cardiorrespiratória e ÓBITO do paciente. Está ciente que todo ato médico invasivo possui riscos, em menor ou maior grau, conforme previsto na literatura médica, bem como que cada paciente possui um organismo diferente, podendo as reações variar de um para o outro.

2.2. O exame poderá ser incompleto ou lesões poderão passar despercebidas, em caso de preparo intestinal insatisfatório, ou seja, por haver fezes no interior do intestino ou por haver alguma obstrução à passagem do aparelho ou por dificuldade técnica para a sua realização. Para sua segurança, o exame poderá ser suspenso e será necessária uma nova marcação e um novo preparo intestinal, se o médico entender que isso é necessário.

3. Preparo:

Para permitir uma visão clara, o cólon (intestino grosso) deve estar completamente limpo. O paciente deve fazer na véspera uma dieta líquida, sem resíduos, e tomar laxativos de acordo com as orientações prévias do seu médico. Após a ingestão dos laxantes é importante tomar bastante líquido (no mínimo 2 litros/dia), que podem ser água, chá, água de coco, gelatinas, refrigerantes, caldos de carne ou

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

frango e legumes coados. Use normalmente suas medicações. Suspenda o uso de aspirina, AAS, produtos à base de ferro, laxantes a base de fibras e anti-inflamatórios, **7 (sete) dias antes** do exame. No caso de anticoagulantes, você deverá suspender a medicação **7 (sete) dias antes**, conforme orientação do seu médico assistente.

Caso faça uso de **Anticoagulantes*** ou **Antiagregantes Plaquetários***, será necessário suspender o uso em **7 dias antes** do exame, com autorização do médico solicitante.

3.1. São Anticoagulantes: Marevan, Marcoumar, Clexane, Heparina, Liquemine, Flaxparine, Comadin e Dindevan (falar com o cardiologista para colocar as marcas mais comuns e os medicamentos novos).

3.2. São Antiagregantes: Ticlid, Plavix, Ticlopidina, Disgren, Aas, Aas Prevent, Somalgin, Aspirina, Bufferin, Trental, Escover (falar com o cardiologista para colocar as marcas mais comuns e os medicamentos novos).

Se fizer uso de **Hipoglicemiantes** (remédio para diabetes) **não deverá tomá-los no dia do exame**. Os remédios para pressão alta (HAS) podem e devem ser usados, desde que respeitem o horário de jejum.

No dia do exame você deve se apresentar, com acompanhante, ao hospital no horário agendado. **O paciente deve manter jejum absoluto de no mínimo 8 horas antes da realização do exame (não pode beber nenhum líquido, nem água, a partir deste horário)**.

Utilize calçado baixo e evite o uso de adornos como anéis, pulseiras, correntes, relógios e piercing. Deve ser retirado o esmalte das unhas.

Faz-se necessário puncionar acesso venoso (veia) para instalação e infusão de soro.

4. Cuidados e restrições Pós- Exame:

Você permanecerá em repouso numa sala de recuperação até neutralização completa do efeito sedativo ou anestésico. Após, será liberado, mediante a presença de familiar ou acompanhante responsável, pelo médico ou pela enfermeira da unidade. **Você não deve dirigir (sob hipótese alguma), executar tarefas que exijam atenção (exemplo: operar máquinas) ou tomar decisões importantes, pois a sedação, por um período de tempo, diminui os reflexos e o seu raciocínio.**

Recomenda-se ao paciente evitar a realização de esforços físicos até a completa eliminação dos efeitos da sedação e que em caso de situação fora da normalidade, o paciente deve buscar imediatamente atendimento médico.

5. Alimentação Pós-Exame:

Em razão do preparo a que o intestino foi submetido e a fim de facilitar a digestão, sugere-se que o paciente busque por conta própria **uma alimentação após o exame com pouco resíduo**, proporcionando um repouso ao aparelho gastrointestinal. Em casa, fazer uma refeição leve, voltando gradativamente para a dieta normal no dia seguinte.

6. Dúvidas e Complicações:

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Caso ainda tenha dúvidas sobre o exame, você poderá entrar em contato com a recepção do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Bruno Born das 8hs às 17hs, de Segunda a Sexta-feira. É importante que você informe ao seu médico se ocorrer dor importante, sangramentos, fezes pretas, febre ou vômitos nas primeiras 24 horas após o exame.

Em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento, procure o serviço de Atendimento 24h ou Emergência do Hospital Bruno Born, ou conforme combinado entre as partes, entrar em contato com o médico que realizou o seu procedimento.

7. DECLARAÇÃO SOBRE:

- a. Alergias que possui: _____
- b. Medicamentos em uso atual: _____
- c. Cirurgias já realizadas: _____
- d. Doenças que já contraiu: _____
- e. Se utiliza alguma tipo de droga ilícita: _____

Estou ciente que devo informar com veracidade os dados acima solicitados, ciente que a omissão de dados poderá comprometer o tratamento e causar dano à sua saúde.

8. Declaro que estou ciente de que mesmo que todas as condutas adequadas de prevenção sejam adotadas pela equipe médica e assistencial, o risco de infecções não é completamente neutralizado, sendo que a sua ocorrência é variável conforme o organismo e condições pessoais ou hábitos de cada paciente.

9. Declaro que a assinatura deste documento significa a compreensão das informações contidas no presente termo, após ter sido esclarecido sobre o seu conteúdo, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), ciente que a sua não observância pode ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

10. Estou ciente que o procedimento adotado **não assegura a garantia de resultado**, e que a evolução do meu atendimento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, inclusive, realizar transfusão sanguínea ou de hemoderivados, segundo o julgamento técnico do médico.

11. Autorizo o Hospital Bruno Born e seus profissionais e pesquisadores autorizados a utilizar informações clínicas ou epidemiológicas do meu prontuário, que poderão ser objeto de estudo, pesquisa e publicações científicas da área da saúde, desde que preservado o sigilo sobre a minha identidade (nome completo, CPF, RG e filiação não serão revelados, em nenhuma hipótese).

12. Estou ciente que antes do início do procedimento posso revogar este consentimento, sem temor de sofrer penalidade ou limitação de acesso futuro aos serviços de saúde neste hospital.

13. Eu acima identificado, na condição de PACIENTE ou de RESPONSÁVEL pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, estou ciente das condições e dos riscos, que verbalmente e por escrito foram-me fornecidas relativas ao exame de **RETOSIGMOIDOSCOPIA**.

14. Diante disso, AUTORIZO o médico, seu(s) assistente(s) e demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o exame de **RETOSIGMOIDOSCOPIA**, assumindo conscientemente os riscos inerentes ao ato médico em questão.

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a). _____, CRM _____, declaro que apliquei previamente o consentimento, informando os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura