

Quem recebeu as orientações e assina o termo: ( ) **Paciente** ( ) **Responsável**

Nome: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Grau de parentesco: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Autorizo a realização do procedimento de: \_\_\_\_\_, que será realizado pelo(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM n.º \_\_\_\_\_ e sua equipe.

Na Endoscopia haverá uma sedação venosa efetuada pela própria equipe médica, no caso da Colonoscopia a sedação será feita por médico anestesista.

O procedimento indicado possui os seguintes riscos e conseqüências possíveis: riscos da sedação - apnéia (para endoscopia); arritmias cardíacas; reações anafiláticas; broncoaspiração; pneumonia (raríssimos casos); perfuração de esôfago, estômago e duodeno (na endoscopia); perfuração de cólon (para colonoscopia); infecção (raríssimos casos); abscesso à distância (raríssimos casos); sangramento; lesão de baço (na colonoscopia) e óbito (em raríssimos casos).

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: \_\_\_\_\_

Declaro que cumpro todas as orientações prévias à realização do exame, inclusive quanto ao preparo (no caso da colonoscopia) e jejum (no caso da endoscopia).

Confirmando que recebi, li e compreendi todas as informações sobre o procedimento, com seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. E que tive oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida a ser esclarecida. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, análise de órgão ou tecido removido cirurgicamente, se for necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Hora: \_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_.

**PELO MÉDICO:** Atesto que expliquei todo o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreenderam todas as informações.

Assinatura médico: \_\_\_\_\_.

Assinatura Testemunha (se houver): \_\_\_\_\_.