

SAO LUIZ - UNIDADE MORUMBI

Paciente: [REDACTED]

Idade: [REDACTED]

Sexo: Feminino

Dt Nascimento: [REDACTED]

Procedimento de Endoscopia/Colonoscopia/Retossigmoidoscopia/Ecoendoscopia

Data: 31/[REDACTED]

Nome do paciente: [REDACTED]

Idade: [REDACTED]

Sexo: Feminino

Peso: 84 Altura: 1,55

Declaro para os devidos fins de direito, que fui prévia e adequadamente informado dos efeitos clínicos, adversos e colaterais da realização do procedimento de **Colonoscopia/Retossigmoidoscopia**, bem como procedimentos associados, abaixo especificados:

- 1) Biópsia - punção venosa;
- 2) Polipectomia - sedativo endovenoso;
- 3) Hemostasia - anestésico tópico para colocação de bocal;
- 4) Dilatações - passagem do aparelho endoscópico para diagnóstico e/ou terapia;
- 5) Outros.

Tenho conhecimento de que os procedimentos médicos/cirúrgicos, a que serei submetido, indicado pela equipe médica que me assiste e necessários à salvaguarda de minha saúde, podem me trazer benefícios, porém oferecem alguns riscos.

Todas as dúvidas relativas ao referido procedimentos foram-me amplamente esclarecidas, notadamente quanto a possíveis resultados insatisfatórios, com a possibilidade do agravamento do quadro e cuidados posteriores que por mim devem ser observados.

Reconheço que a medicina não é uma ciência exata e que efeitos adversos ou complicações podem ocorrer em razão das minhas condições clínicas e de patologias associadas, independentes da boa técnica aplicada.

Declaro que fui esclarecido(a) que procedimento pode ocasionar, embora raramente, intercorrências como:

- a) hematomas ou inflamação da veia pela punção venosa e injeção do sedativo;
- b) efeitos do sedativo (batedeiras no coração, queda de pressão ou dificuldade de respirar);
- c) sangramentos ou traumas pela passagem do aparelho, principalmente quando o paciente já tem uma lesão, ou em decorrência de realização de biópsias local, retirada de tumor ou dilatações;
- d) complicações ou agravamento decorrentes de doenças pré-existentes tais como diabetes, doenças do coração e neurológicas;

Autorizo expressamente a equipe médica que me assiste, a realizar todos os exames e procedimentos médicos, terapêuticos, cirúrgicos, diagnósticos e/ou periciais que sejam necessários em caso de necessidade e urgência em face de possíveis intercorrências ou com

Paciente
Nome / RG

Impresso em:

Acompanhante / Testemunha
Nome / RG

SSP. SP.

CATE000