



Formulário- PML
Consentimento Informado para Realização de Colonoscopia,
Endoscopia ou Retossigmoidoscopia



Pelo presente termo de consentimento, eu _____

portador(a) da carteira de identidade nº _____ autorizo
o Dr. Soldara _____,

a executar o exame de **Colonoscopia/Endoscopia/Retossigmoidoscopia com procedimentos
acessórios dele derivados, que sejam considerados necessários, diagnostica ou
terapeuticamente, para a manutenção de minha saúde.**

Dou consentimento para o uso de sedativos e/ou anestésicos que eventualmente sejam
necessários para a execução do exame proposto.

Declaro ainda que a natureza ou propósito do exame/procedimento, bem como as
possibilidades de complicações já me foram explicadas e reconheço que nenhuma garantia me foi
assegurada sobre os resultados deste exame.

Certifico que li e entendi todos os itens acima, bem como recebi as instruções e
esclarecimentos acerca do preparo **para Colonoscopia/ Endoscopia/ Retossigmoidoscopia
Flexível ou Rígida** e da realização do exame **Informações ao Paciente para o Exame de
Colonoscopia.**

Caxias do Sul, 04 de 01 de 23.



Audren Longo
Assinatura do responsável pela entrevista
Assistente de Atendimento
Serviço de Endoscopia - HU
CPF: 031 397.990-12



Assinatura do paciente ou responsável

Testemunha: _____