

(colar vinheta ou preencher informações)

**CONSENTIMENTO PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE
NOS TERMOS DA NORMA
N.º015/2013 DA DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE**Nome:
Morada:
Data de Nascimento:
Processo n.º:
NSC n.º:**1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:**

Patologia do intestino delgado, incluindo entre muitas outras hemorragia digestiva, lesões pré-neoplásicas, neoplasias do tubo digestivo, lesões inflamatórias/infecciosas da mucosa.

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:**Enteroscopia por Cápsula**

A enteroscopia por cápsula consiste na observação do intestino delgado através duma capsula. A cápsula é engolida e transmite as imagens captadas para um registador externo (geralmente colocado na cinta do doente). As imagens são posteriormente observadas por um médico. Não exige sedação (anestesia). A observação pode ser incompleta ou prejudicada por vários motivos, incluindo presença de alimentos.

Pontualmente, se não se verificar adequada passagem da cápsula para o duodeno (geralmente no prazo de 30-90 minutos) pode ser necessária a administração de medicação oral ou endovenosa (procinético) e/ou colocação da cápsula no duodeno por endoscopia digestiva alta.

3. Benefícios:

Avaliação de alterações da mucosa do intestino delgado.

4. Riscos graves e riscos frequentes:

A realização da capsula endoscópica é globalmente segura. No entanto comporta alguns riscos, que inclui, além de outros:

- Aspiração: durante o processo de deglutição; o risco é igual ao risco associado à deglutição de alimentos sólidos.
- Retenção intestinal da cápsula: complicação rara (1/100) e geralmente associada a alterações do tubo digestivo (ex. D. Crohn). Na ausência de sintomas obstrutivos e/ou evidência de estenoses a retenção da cápsula em doentes com D. Crohn é igualmente rara.
- Obstrução intestinal: no contexto de retenção da cápsula; pode ser necessária cirurgia ou endoscopia para resolução.
- Morte como resultado de complicações relacionadas com o procedimento; extremamente rara.

Algumas destas complicações podem obrigar a cirurgia, internamento e/ou repetição da capsula endoscópica.

5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

São alternativas à cápsula endoscópica o estudo do abdómen superior por outros método como a Entero-TAC, Angio-TAC e Entero-RM que podem contribuir para o diagnóstico, no entanto a sensibilidade na identificação de lesões da mucosa poderá ser limitada.

6. Riscos de não tratamento:

Na ausência de estudo por cápsula endoscópica é provável que não sejam estudadas e tratadas atempadamente lesões do intestino delgado, com risco de progressão da doença e morte.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Data: Cédula Profissional N.º:

Contato Institucional:

Assinatura: _____

À Pessoa/Representante Legal

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Data: Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome:

Identificação N.º: Validade:

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura: _____