PROCTO GASTRO
CLÍNICA DE CIRURGIA, GASTROENTEROLOGIA, PROCTOLOGIA E OBESIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
VIDEO COLONOSCOPIA

NOME: _____ IDADE: _____

DATA DO EXAME: ___/___/___

Importante: A Resolução 1.886/2008 do Conselho Federal de Medicina determina que o procedimento endoscópico deverá ser suspenso se o paciente apresentar-se ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo de execução do exame e no retorno ao lar.

NOME DO ACOMPANHANTE: _____ FONE: _____-_____ ASS: _____

Perguntas importantes sobre o seu histórico médico

1 – Está ou esteve recentemente em tratamento médico? Qual(is)? Se SIM, informe ao lado no campo **A**.	( ) SIM ( ) NÃO	ANOTE ABAIXO OS TRATAMENTOS E/OU CIRURGIAS QUE VOCÊ JÁ REALIZOU	**A**
2 – Você está tomando algum remédio? Se SIM, informe ao lado no campo **B**.	( ) SIM ( ) NÃO		
3 – Você usa regularmente ou já usou recentemente medicamentos que alteram a coagulação sanguínea?	( ) SIM ( ) NÃO	ANOTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ ESTÁ TOMANDO	**B**
4 – Você está grávida ou suspeita que possa estar?	( ) SIM ( ) NÃO		
5 – É portador de diabetes?	( ) SIM ( ) NÃO		
6 – Tem alergia? Se SIM, informe ao lado no campo **C**.	( ) SIM ( ) NÃO	ANOTE ABAIXO AS ALERGIAS QUE VOCÊ TEM OU QUE VOCÊ SUSPEITA TER	**C**
7 – tem anemia?	( ) SIM ( ) NÃO		
8 – Tem problemas respiratórios? ASMA? BRONQUITE? OUTROS?	( ) SIM ( ) NÃO		
9 – É portador do HIV, vírus da hepatite B ou C?	( ) SIM ( ) NÃO	**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**	
10 – Sofre de doenças renais?	( ) SIM ( ) NÃO	A colonoscopia é um exame seguro, que tem por objetivo examinar o colón (intestino grosso), sendo possível o diagnóstico precoce e, outras vezes, prevenção do câncer do intestino em pacientes assintomáticos. Também é possível a realização de biópsias (retirada de fragmentos de uma lesão) e a remoção completa da maioria dos pólipos (polipectomia). No entanto, como em todo ato médico, o risco de complicações existe. **As complicações associadas à colonoscopia são raras e incluem as abaixo citadas:** 1) Febre; 2) irritação (vermelhão) ou hematomas no local da punção venosa; 3) dor abdominal, vômitos e desidratação; 4) arritmias cardíacas; 5) reações alérgicas (anafilaxia); 6) dificuldade para respirar associada ao sedativo (1 caso para 10.000 exames); 7)perfuração do colón e sangramentos (muito raro).	
11 – Tem problemas de pressão arterial alta ou baixa?	( ) SIM ( ) NÃO		
12 – Tem problema de coração?	( ) SIM ( ) NÃO		
13 – Quando se fere, sangra muito ou demora a cicatrizar?	( ) SIM ( ) NÃO		
14 – Já foi operado? Se SIM, informe ao lado no campo **A**	( ) SIM ( ) NÃO		
15 – Já teve alguma doença grave? Se SIM, informe ao lado no campo **A**	( ) SIM ( ) NÃO		
16 – Existe algo importante sobre sua saúde que não foi perguntado aqui? Se SIM, informe ao lado no campo **A**	( ) SIM ( ) NÃO		

* Pelo presente documento, manifesto o meu consentimento para a realização do exame de colonoscopia.
* Autorizo ao médico a realizar o tratamento imediato de qualquer uma das complicações possíveis.
* Caso seja encontrado algum tipo de lesão, autorizo a retirada de pólipo ou biópsia, ambos a critério do médico.

_____
Assinatura do paciente ou responsável