



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pré-realização de Exame de Endoscopia Digestiva Alta

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA**, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/1990, qual dispõe sobre a Proteção do Consumidor, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, bem como à equipe de enfermagem da Associação Hospitalar Santa Rita, CNPJ nº 02.545.778/0001-01, que lhe assistirá, para proceder à realização de **EXAME DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**, prescrito com o fim de \_\_\_\_\_, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no artigo 9º da Lei 8.078/1990 e nos artigos 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu a realização do exame supra referido, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e procedimentos a serem adotados, **especialmente quanto ao que segue:**

### I. PROCEDIMENTO

A **Endoscopia Digestiva Alta** é um exame indicado para diagnosticar e tratar doenças do Esôfago, Estômago e Duodeno mediante a utilização de aparelho chamado vídeo endoscópio, equipamento flexível com iluminação, que permite a visualização de todo o trajeto percorrido durante o exame, desde o esôfago até o duodeno.

A **Dilatação Esofágica** é um procedimento que permite ao médico dilatar, ou abrir, uma área estreitada do esôfago. Há várias técnicas que podem ser usadas com este propósito, realizada com auxílio direto da endoscopia, através de sondas dilatadoras ou balão pneumático passado através da boca para o esôfago.

### II. RISCOS E COMPLICAÇÕES

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endoscopia, a Endoscopia Digestiva Alta é um exame que não está isento de riscos. A complicação mais frequente é flebite (dor e inchaço no trajeto da veia puncionada) que pode acontecer em até 5% dos casos, dependendo da medicação utilizada para sedação, mas podendo ocorrer complicações mais sérias como, apneia, queda da pressão arterial, espasmos da laringe, arritmias cardíacas, reações anafiláticas, aspiração, pneumonia, perfuração do esôfago, estômago e duodeno, perfuração do colón, infecção generalizada, enfisema pleural, derrame pleural, abscesso a distância, sangramento interno,



colangite, pancreatite, lesões do baço e até mesmo óbito, sendo tais complicações resultando em tratamento cirúrgico ou internação hospitalar, estando o paciente ciente destes riscos.

### III. PREPARAÇÃO PARA O EXAME

Para realização do exame é necessário que seu estômago esteja vazio. Você deverá permanecer em jejum completo por 8 horas. Se houver necessidade do uso de alguma medicação prescrita (por exemplo: anti-hipertensivos antes do exame), você deve tomá-la com pequenos goles de água. Não faça uso de leite ou de antiácidos.

O uso de grande parte das medicações de uso contínuo pode ser postergado para após o exame. Caso você seja diabético, marque o exame para o horário mais cedo possível e deixe para fazer uso de insulina ou dos hipoglicemiantes orais após o exame e próximo à primeira refeição do dia. Evite comparecer com unhas pintadas, porque o esmalte prejudica a monitorização da oxigenação sanguínea durante o exame. Antes do exame, é necessário o preenchimento da ficha de admissão e do termo de consentimento informado.

O médico estará disponível para explicar o procedimento e responder as suas perguntas, sanando todas as suas dúvidas. Por favor, informe se você já realizou outro exame de endoscopia, se teve alergias ou reações a qualquer medicação. Você precisará remover seus óculos e próteses dentárias.

**É indispensável a presença de acompanhante maior de idade portador de Carteira de Habilitação (CNH)**, que deverá permanecer na sala de espera do Hospital durante todo o tempo de realização do exame e deverá acompanhá-lo após o término. O acompanhante é obrigatório mesmo nos casos em que o transporte tenha sido realizado pela Secretaria de Saúde.

### IV. ANATOMIA PATOLÓGICA

Ao se submeter ao exame de Endoscopia, você ou seu representante legal, autoriza que todo material removido durante o procedimento seja enviado para estudo anátomo patológico, se assim tiver sido prescrito pelo profissional médico, com o fim da respectiva análise diagnóstica, que será realizada pelo laboratório conveniado.

### V. RESTRIÇÕES PÓS-EXAME

Durante as 12 (doze) horas que sucederem a realização do exame, você **não deverá dirigir veículos automotores ou operar máquinas potencialmente**, devido aos efeitos residuais da medicação sedativa.



(55) 3743-1144  
(55) 3743-1121



[contato@hospitalsantarita.org.br](mailto:contato@hospitalsantarita.org.br)  
[www.hospitalsantarita.org.br](http://www.hospitalsantarita.org.br)



Rua Padre Theodoro Syberichs, 548  
Jaboticaba - RS, CEP 98350-000



## VI. SITUAÇÕES ADVERSAS

Em caso de constatada violação do presente Termo, bem como diante de eventual recusa do profissional assistente em registrar no prontuário queixas do paciente após o término da sessão, e/ou negativa de atendimento/encaminhamento para avaliação médica, deverá o paciente comunicar imediatamente a ouvidoria do Hospital Santa Rita, diretamente na Secretaria Administrativa, ou contatar pelo telefone (55) 3743-1144 / (55) 3743-1121, ou e-mail [ouvidoria@hospitalsantarita.org.br](mailto:ouvidoria@hospitalsantarita.org.br), podendo optar por responder questionário avaliativo no endereço <https://hospitalsantarita.org.br/ouvidoria/> sob pena de o não fazer, prejudicar a apuração fidedigna dos fatos quanto ao direito oportunamente invocado, mantendo-os controversos, especialmente face à disposto no artigo 6º, VIII, da Lei 8.078/1990.

## VII. DECLARAÇÕES FINAIS (Paciente atendido ou representante legal)

**DECLARO** estar ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Santa Rita adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de complicações, este é um risco existente a ser considerado. Tal risco é reduzido por meio de avaliação médica criteriosa realizada antes da prescrição do tratamento, bem como se forem seguidas as orientações anteriores e posteriores à realização do exame;

**DECLARO** para todos os fins legais, especialmente face ao disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/1990 que dou plena autorização à Equipe Médica e de Enfermagem do Hospital Santa Rita, para executar o exame designado **Endoscopia Digestiva Alta, com Dilatação Esofágica** e todos os procedimentos que se fizerem necessários;

**DECLARO** ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais, não se responsabilizando o Hospital Santa Rita pelas consequências da não observância dos impedimentos e repouso necessário após a realização do exame;

Finalmente, **DECLARO** ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido quanto a dúvidas e questões, para fins do que dispõe o Artigo 34 do Código de Ética Médica, estando, portanto, a par do prognóstico, riscos e objetivos do procedimento/exame, cujas informações me foram repassadas em linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização;

Diante disso, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS, COMPLICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS** do Exame/Procedimento supramencionado, **AUTORIZO**, para fins do que dispõe o Artigo 22 do Código de Ética Médica, de forma expressa e irrevogável sua realização, obrigando e com efeitos extensível à herdeiros, sucessores e curadores.



# Associação Hospitalar Santa Rita

CNPJ 02.545.778/0001-01

Jaboticaba (RS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Nome completo:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico responsável

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do enfermeiro responsável

Nome:

COREN:



(55) **3743-1144**  
(55) **3743-1121**



[contato@hospitalsantarita.org.br](mailto:contato@hospitalsantarita.org.br)  
[www.hospitalsantarita.org.br](http://www.hospitalsantarita.org.br)



Rua Padre Theodoro Syberichs, 548  
**Jaboticaba - RS**, CEP 98350-000