

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE POLIPECTOMIA / MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente

---

e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados e cuidados aos quais poderá ser submetido (a), DISCUTIDA EM CONSULTA ELETIVA, complementando as informações prestadas pelo seu médico assistente.

Devido a suspeita de uma alteração digestiva alta ou baixa e para estudar essa possibilidade, é necessária a realização de uma **ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA**. Essa exploração consiste em introduzir, através da boca ou do ânus, um aparelho que mostrará internamente os referidos órgãos, esclarecendo as dúvidas diagnósticas. O procedimento será realizado com assistência anestesiológica, serão injetadas medicações venosas para reduzir o incômodo e tranquilizar o paciente. No caso deste ser alérgico a alguma substância, o médico deve ser comunicado previamente.

No caso será realizado um tratamento endoscópico específico, denominado

(  ) **POLIPECTOMIA** (  ) **MUCOSECTOMIA**, que será adotado devido à possibilidade de crescimento dessa alteração. Durante o procedimento, algumas complicações podem ocorrer (perfuração, hemorragia, entre outros), que podem ser tratados pela endoscopia. Na ocorrência de insucesso do tratamento endoscópico, pode ser necessária a realização de cirurgia para resolução do problema.

É importante ressaltar que o procedimento é de fundamental importância para a condução do caso e pode gerar grandes benefícios ao paciente. Sendo assim, é necessária a confirmação sobre a compreensão das informações prestadas e a autorização para a realização do mesmo.

Eu \_\_\_\_\_  
afirmo que a proposta dos cuidados a mim apresentados, tais como benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foram explicadas claramente pelo médico endoscopista e que tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de forma satisfatória.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas tenho consciência de que todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis serão utilizados na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem

ocorrer complicações durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de negar, anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Autorizo, portanto, a prestação de cuidados conforme prescrição médica. Declaro que o médico entregou esse **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** com antecedência da data agendada para que pudesse ser lido e discutido com meus familiares.

Autorizo a realização do procedimento pelo Dr \_\_\_\_\_  
e sua equipe.

OBS: A continuidade ou suspensão do uso de Antiagregantes e Anticoagulantes, assim como demais medicações em uso, deverão ser avaliadas previamente entre o paciente, o médico assistente e o médico endoscopista.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar