



TERMO DE CONSENTIMENTO COLONOSCOPIA

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7

Unimed 
Costa do Sol

Hospital
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "COLONOSCOPIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

É um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, colon (intestino grosso) e íleo terminal (intestino delgado). É realizado, introduzindo-se o colonoscópio (aparelho) através do ânus, após preparo adequado (limpeza) do intestino (orientação fornecida no agendamento do exame). Durante o procedimento, poderão ser realizados procedimentos cirúrgicos, como biópsia (retirada de fragmentos) polipectomias (retiradas de pólipos) e mucossectomias (retirada de mucosa intestinal). Muitas vezes estes procedimentos são decididos no momento do exame.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramento, principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos endoscópicos.
2. Perfuração intestinal - que necessita cirurgia de emergência.
3. Infecções.
4. Dor, vômito.
5. Dificuldade respiratória em função da sedação
6. Sangramento com necessidade de transfusão.

CBHPM - 4.02.01.08-2

CID

K50.0/K50.1/K50.8/K50.9/K51.0/K51.1/K51.2/K51.3/K51.4/K51.5/K51.8/K51.9/K52.0/K52.1/K52.2/
K52.8/K52.9/K55.0/K55.1/K55.2/K55.8/K55.9/K56.0/K56.1/K56.2/K56.3/K56.4/K56.5/K56.6/K56.7/
K57.0/K57.1/K57.2/K57.3/K57.4/K57.5/K57.8/K57.9/K58.0/K58.9/K59.0/K59.1/K59.2/K59.3/K59.4/
K59.8/K59.9/K60.0/K60.1/K60.2/K60.3/K60.4/K60.5/K61.0/K61.1/K61.2/K61.3/K61.4/K62.0/K62.1/
K62.2/K62.3/K62.4/K62.5/K62.6/K62.7/K62.8/K62.9/K63.0/K63.1/K63.2/K63.3/K63.4/K63.8/K63.9/
C18.0/C18.1/C18.2/C18.3/C18.4/C18.5/C18.6/C18.7/C18.8/C18.9/C19/C20/C21.1/C21.2/C21.8

PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:

No dia anterior - não comer frutas, verduras e carne durante todo o dia. Tomar líquido em abundância (de preferência 1 copo de hora em hora) pode ser água, chá, sucos artificiais, refrigerantes de limão, café (sem leite).

Opções de dieta: café da manhã - torrada ou bolacha salgada com margarina ou mel. Almoço: arroz com molho e caldo de feijão ou macarrão.

Sobremesa: gelatina à vontade. Lanche da tarde: suco artificial de limão, chá com torradas e bolacha salgada. Jantar: caldo de sopa sem verdura e carne ou chá com torrada ou bolacha salgada. Às 22:00 hs tomar 4 comprimidos de dulcolax. APÓS PERMANECER EM JEJUM ATÉ A REALIZAÇÃO DO EXAME. PERMITIDO TOMAR ÁGUA ATÉ 2 HORAS ANTES DO EXAME. No dia do exame - seis horas antes do exame marcado fazer o seguinte preparo: 500 ml de soro manitol 20%, 1 frasco de luftal (dimeticona), 500 ml de suco de limão artificial ou natural coado. TOMAR 1 COPO DE 10 EM 10 MINUTOS DE MANEIRA QUE TERMINE EM 1 HORA. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Macaé/RJ, ____ / ____ / _____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

Testemunha

Testemunha

CPF

CPF

Código de Ética Médica - Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.