	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-741 Data de publicação: 28.11.2023
	FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESOFAGOGASTROSCOPIA	Revisão nº: 00 Data da revisão:.. Número de página:1/2

Nome e Sobrenome do Paciente:

Data:

Protocolo nº:

INFORMAÇÕES DIAGNÓSTICAS:

A esofagogastrosopia é o processo de exame do esôfago e do estômago com um instrumento denominado esofagogastrosópio; A esofagogastrosopia é realizada para examinar o esôfago, o estômago e, se desejado, a parte inicial do duodeno e do intestino delgado, coletar amostras, remover objetos estranhos e administrar medicamentos nos vasos dilatados do esôfago e do estômago.

INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO DO TRATAMENTO:

Seu médico avaliará seu esôfago, estômago e duodeno (a primeira parte do intestino delgado). Para fazer isso, o médico usará um dispositivo fino e flexível chamado endoscópio. Dessa forma, seu conteúdo pode ser visto na tela do vídeo. Esse processo leva aproximadamente de 5 a 10 minutos. Esses períodos variam dependendo da condição do paciente.

O procedimento começa com a pulverização de anestésico local (medicamento) na garganta por meio de um spray. Se o seu médico achar necessário que você relaxe, ele também poderá administrar um sedativo intravenoso. Você então se deitará sobre o lado esquerdo e o médico avançará o endoscópio até o esôfago, estômago e início do intestino delgado. O endoscópio não causa problemas respiratórios. A maioria dos pacientes sente algum desconforto durante o teste e durante o sono.


O seu médico pode remover pequenos pedaços de pele do esôfago, estômago ou duodeno para exame anatomopatológico.

COMPLICAÇÕES E RISCOS DO TRATAMENTO:

- Rasgo (perfuração) na parede do esôfago, estômago ou duodeno. Isso é raro e pode ser necessária cirurgia. Como resultado, você pode ficar no hospital por muito tempo.
- Sangramento no local onde a biópsia foi feita ou onde o pólipó foi removido. Geralmente é uma pequena quantidade e geralmente é interrompida com um endoscópio. Em casos raros, pode ser necessária cirurgia para estancar o sangramento.
- A infecção pulmonar não é comum e geralmente ocorre como resultado da entrada de vômito nos pulmões.
- O tempo de processamento pode ser maior devido a questões internas ou técnicas.
- Existe também uma possibilidade muito rara de não detectar um distúrbio ou doença relacionada com a sua doença.
- Outros riscos possíveis são o desenvolvimento de alergias a tranquilizantes e o risco de doenças pulmonares ou cardíacas.
- A morte pode ocorrer dependendo do risco do procedimento, mas é muito rara.

RISCOS SIGNIFICATIVOS E OPÇÕES DE TRATAMENTO ADEQUADAS:

O médico explicou-me os riscos e problemas específicos que poderiam ocorrer se algo desse errado. O médico explicou as opções de tratamento adequadas, bem como os riscos que podem ocorrer caso o procedimento não seja realizado. Também entendo que pode haver tratamentos alternativos. Não quero

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-741 Data de publicação: 28.11.2023
	FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESOFAGOGASTROSCOPIA	Revisão nº: 00 Data da revisão:.. Número de página:2/2

continuar a discutir estes riscos e opções de tratamento com o médico do hospital. Também estou ciente dos riscos que correrão se a transação não for concretizada.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eles me deram um formulário de informações do paciente e eu o li. Compreendo os riscos e possíveis consequências deste procedimento. Estou ciente de que existem outras opções de tratamento disponíveis e que também apresentam riscos. Conheço os riscos que enfrentarei se esse processo não ocorrer.

Tive a oportunidade de marcar uma consulta com meu médico para tirar dúvidas sobre minha condição, o procedimento e seus riscos, e minhas opções de tratamento. Não tenho perguntas para discutir com os médicos do hospital.

Sei que, se ocorrer uma emergência, poderei receber sangue durante o procedimento.

Sei que um médico não especialista e com formação avançada na área pode realizar este procedimento. Entendo que receberei tratamento adequado se ocorrerem eventos imediatos com risco de vida durante o procedimento. Não me foi dada qualquer garantia de que o procedimento irá melhorar a minha condição e sei que o procedimento pode piorar a minha condição.

Li este formulário de forma consciente, sem necessidade de explicações adicionais, sem qualquer pressão, e ao assinar este termo de consentimento dou autorização para que sejam realizados os procedimentos necessários.

Nome e sobrenome do paciente:

Assinatura:

Data e hora:

DECLARAÇÃO DE UMA TESTEMUNHA

Eu testemunho a assinatura do paciente.

Fornecer ao paciente/membro da família que toma decisões em nome do paciente a oportunidade de discutir quaisquer questões com o médico do hospital. Sou da opinião que o paciente/familiar que toma a decisão em nome do paciente compreende as informações acima.

Nome e sobrenome da testemunha:

Assinatura:

Data e hora:

Foram dadas explicações adequadas e satisfatórias ao paciente/familiar do paciente cujo nome está escrito acima sobre minha doença, o procedimento a ser realizado, o motivo e os benefícios desta intervenção, os cuidados necessários após a intervenção, os riscos esperados, o tipo de anestesia a ser aplicada se necessária para a intervenção e os riscos e complicações da anestesia. O paciente/familiar do paciente leu e assinou este formulário com seu próprio consentimento, indicando que foi adequadamente informado sobre sua internação.

Nome e Sobrenome do Médico:

Assinatura:

Data e hora: