



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 “RETOSSIGMOIDOSCOPIA” 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 e sigmoide (parte final do intestino grosso). É realizado, introduzindo-se endoscópio (aparelho) através do ânus, após preparo adequado (lavagem-enemas) do reto e sigmoide.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramento anal, principalmente quando se realizam pequenos procedimentos (biópsias/ou polipectomias).
2. Perfuração intestinal (raro).
3. Infecções.
4. Dor local.
5. Dificuldade respiratória em função da sedação
6. Sangramento com necessidade de transfusão.

CBHPM - 4.02.01.17-1

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/K55.0/K55.1/K55.2/K55.8/K55.9/K56/K56.0/K56.1/K56.2/K56.3/K56.4/K56.5/K56.6/K56.7/K57/K57.0/K57.1/
K57.2/K57.3/K57.4/K57.5/K57.8/K57.9/K58/K58.0/K58.9/K59/K59.0/K59.1/K59.2/K59.3/K59.4/K59.8/K59.9/K60/
K60.0/K60.1/K60.2/K60.3/K60.4/K60.5/K61/K61.0/K61.1/K61.2/K61.3/K61.4/K62/K62.0/K62.1/K62.2/K62.3/K62.4/
K62.5/K62.6/K62.7/K62.8/K62.9

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 h 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**



Termo de Consentimento Informado Retossigmoidoscopia



Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente, 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. Declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Declara que recebeu a orientação de que, a qualquer tempo, poderá mudar de opinião, devendo informar e registrar a decisão em novo termo. Assim, tendo lido e entendido as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa que:

() **AUTORIZA** a realização.

() **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: _____ h _____ min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____

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.