

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Eu, _____ CPF: _____, estou ciente dos riscos, que embora pouco comuns, são passíveis de ocorrer durante os exames de endoscopia.

Estes riscos incluem entre outros:

1. Riscos da sedação (apnéia)
2. Arritmias cardíacas
3. Reações anafiláticas
4. Aspiração
5. Pneumonia
6. Perfuração de esôfago, estômago ou duodeno
7. Enfisema pleural
8. Derrame pleural
9. Abscesso a distância
10. Sangramento

Tais complicações podem resultar em tratamento cirúrgico ou internação hospitalar.

PACIENTE

RESPONSÁVEL OU TESTEMUNHA

Curitiba, ___/___/_____

HISTÓRICO MÉDICO:

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| Está ou esteve recentemente em tratamento médico? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Está tomando algum remédio? Qual? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Alguma vez teve que suspender o uso de algum remédio? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem alergia? Se sim, qual medicamento e qual reação? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Está grávida? Se sim, de quantos meses? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem o hábito de fumar? Quantos cigarros por dia? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| É diabético? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem problemas respiratórios? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem problemas renais? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Já teve ou tem doença infecto contagiosa? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem problemas de pressão? Alta ou baixa? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Tem problemas de coração? Marcapasso? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Quando se fere sangra muito, ou demora para cicatrizar? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Já foi operado? Se sim, do que e quando? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Houve alguma complicação ou intercorrência anestésica? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Já teve alguma doença grave? Qual? | <input type="checkbox"/> SIM, _____ | <input type="checkbox"/> NÃO |