

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Endoscopia Digestiva Alta

Endoskope Diagnósticos Endoscópicos. Rua Itupava 255. Curitiba-PR. Responsável: Dr. João Ricardo Duda. CRM 22961. Data:

Eu, _____, declaro que fui informado(a) sobre o procedimento de Endoscopia Digestiva Alta (também conhecido como EDA), a ser realizado na Clínica Endoskope pelo Dr. João Ricardo Duda ou por profissional por ele designado.

1. Descrição do Procedimento

A Endoscopia Digestiva Alta envolve a passagem de tubo flexível com câmera (endoscópio) pela boca para examinar o esôfago, o estômago e a parte inicial do duodeno. Pode incluir, remoção de pólipos, dilatação ou controle de sangramentos. O procedimento é realizado sob sedação. A sedação será administrada via intravenosa, e o paciente será monitorado durante todo o processo por anestesiológista. O tempo é de 15 a 30 minutos, seguido de recuperação. Antes do procedimento, foram fornecidas instruções sobre jejum 12h e que não posso dirigir após.

3. Riscos e Complicações

Embora a endoscopia digestiva alta seja considerada segura, com complicações raras (cerca de 1-2 por 1.000 procedimentos), riscos potenciais incluem:

- Infecção, sangramento ou perfuração, que pode exigir cirurgia ou transfusão (risco menor que 0,13% ou 1,3 por 1.000).
- Reações à sedação, como problemas respiratórios, reações alérgicas ou depressão cardiorrespiratória (raro, mas pode ser grave).
- Aspiração de conteúdo gástrico, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral ou outros eventos raros e potencialmente fatais (extremamente infrequentes, menos de 0,1%).
- Dor de garganta temporária, inchaço ou desconforto abdominal pós-procedimento.
- Falha no diagnóstico em uma pequena porcentagem de casos (menos de 5%).
- Dor, hematoma e inflamação no sítio da punção venosa.

Outros riscos incluem exposição a anestésicos ou medicamentos, e complicações relacionadas a condições pré-existentes do paciente. Nem todos os riscos possíveis são listados, mas foram explicados os mais comuns.

4. Considerações Adicionais

- **Sedação e Anestesia:** Autorizo o uso de sedação para alívio da dor e desconforto.
- **Participação de Equipe:** O procedimento pode envolver outros profissionais treinados, incluindo enfermeiros, anestesistas, sob supervisão do Dr. João Duda ou endoscopista com quem agendou.
- **Direitos do Paciente:** Entendo meu direito de recusar o procedimento a qualquer momento. Se eu tiver capacidade limitada, o consentimento será obtido de um representante. Para pacientes pediátricos, o pai ou responsável deve assinar o termo.
- **Emergências:** Em situações de emergências, esforços serão feitos para obter consentimento antes do procedimento.
- **Semaglutida-Tirzepatida:** Estou ciente que devo interromper esses medicamentos pelo menos 15 dias antes pelo risco de broncoaspiração pulmonar.

Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas. Entendo que complicações imprevisíveis podem ocorrer.

Declaração de Consentimento

Eu consinto a realização da Endoscopia Digestiva Alta, incluindo biópsias, polipectomias ou outros atos.

Assinatura do Paciente/Representante Legal:

_____ Data e Hora: _____