

CONSENTIMENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Deve ler esta folha e assinar no final da página, esclarecendo previamente qualquer dúvida. Traga esta folha já assinada e guarde uma cópia para si. Traga consigo os medicamentos que toma e escreva no verso desta folha os seus nomes.

A Endoscopia Digestiva Alta consiste na introdução de um aparelho flexível (endoscópio) de pequeno calibre através da boca para se conseguir observar o esófago, estômago e duodeno, sendo, assim, possível identificar diversos tipos de patologias e efectuar biópsias/polipectomias.

Durante o exame tem de ser insuflado ar o que pode condicionar uma sensação de enfartamento gástrico. É frequente também a sensação de irritação a nível da orofaringe (garganta), embora seja, geralmente, utilizado um gel. Em ocasiões muito raras pode ocorrer uma reacção vagal com lipotímia (desmaio), com rápida recuperação após a interrupção do exame. Têm sido descritos casos raros de paragem cardio-respiratória com necessidade de manobras de suporte avançado de vida. Outras complicações principais são a hemorragia e a perfuração, que são muito raras (menos de 1%), tornando-se mais frequentes quando são realizadas biópsias ou polipectomias. Geralmente estas complicações são resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora, mas, em último recurso, poderá ser necessário realizar uma cirurgia de urgência. Como em todos os actos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido (menos de 0,1%).

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

ASSINATURA (doente ou responsável): _____ data:...../...../.....

NOTA: Deverá trazer este documento consigo, devidamente assinado e datado, para se poder fazer o exame