



## TERMO DE CONSENTIMENTO

### CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

#### Consentimento para realização de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, registrado neste Centro de Especialidades Médicas, autorizo o Drº \_\_\_\_\_ a realizar em minha pessoa, exame de Endoscopia Digestiva Alta diagnóstica e terapêutica, caso haja necessidade. Fui devidamente esclarecido sobre a sedação endovenosa e os riscos associados ao procedimento, dentre eles:

- a) complicações respiratórias;
- b) alterações de Pressão Arterial com suas consequências;
- c) reações anafiláticas;
- d) aspiração;
- e) isquemia miocárdica;
- f) perfuração de esôfago, estômago;
- g) infecções;
- h) estenose de esôfago;
- i) colangite ou pancreatite.

Além disso, responsabilizo-me pela veracidade das informações abaixo:

- É portador de alguma outra doença? Qual?
- É portador de alguma doença alérgica? Qual?
- É alérgico a alguma medicação? Qual?
- É fumante? - É etilista?
- Usuário de droga ilícita? Qual?
- Foi submetido a cirurgia recentemente? Qual?
- Foi internado alguma vez? Quando e porquê?

Está fazendo uso de alguma medicação? Qual?

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do acompanhante/responsável  
(MAIOR DE IDADE)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente**