

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DO PACIENTE: _____
EXAME: _____

1. Declaro que recebi e li com atenção o termo de consentimento. Também foi oferecida a mim a opção de esclarecer com o médico, antes do exame, as dúvidas em relação ao procedimento que serei submetido(a). Confirmando que tive acesso ao informativo com as orientações para a realização do exame (fornecido previamente), contendo informações sobre o que é o exame, como é feito o exame, seu preparo, o uso da sedação para sua realização, bem como seus riscos e as orientações pós procedimento.
2. Declaro que sei que é necessária a presença de um acompanhante, pois, de acordo com a resolução RDC Nº 6, de 10/03/2013 da ANVISA, Art. 12. "O paciente submetido à endoscopia, sob qualquer tipo de sedação ou anestesia não tópica, só pode ser liberado na presença de um acompanhante adulto."
3. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente.
4. Sei que em casos de dúvidas, ou sintomas que julgue estranhos, durante o preparo ou após o exame, poderei entrar em contato com a equipe da Endoview.
5. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença e sei que posso a qualquer momento, antes da realização do exame endoscópico, revogar este termo de consentimento livre e esclarecido.
6. Sei que este termo serve apenas como prova de que eu entendi as informações dadas sobre o exame endoscópico e que não transfere para mim nenhum tipo de responsabilidade sobre a realização do exame.
7. Afirmando ter fornecido todas as informações sobre meu estado de saúde, assim como alergias alimentares ou medicamentosas, medicações de que faço uso e que fui orientado quanto à suspensão ou manutenção das mesmas.
8. Declaro, portanto, que autorizo que meu exame endoscópico seja realizado pelos médicos que integram a equipe médica da Endoview.

Rio de Janeiro, ____ / _____ / _____

Nome legível

Assinatura (paciente / responsável)

Nome legível

Assinatura (testemunha)

Nome legível

Assinatura e carimbo (médico da Endoview)

Nome legível

Assinatura e carimbo (médico anestesiologista – se for o caso)