

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**NOME DO PACIENTE:** _____**EXAME:** ☐ Endoscopia digestiva alta ☐ Colonoscopia ☐ ECOendoscopia

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) em linguagem dentro dos limites de minha compreensão. Confirmando que tive acesso ao **informativo da Endoview 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.

Autorizo antecipadamente a realização de **procedimentos complementares** ao(s) exame(s), como biópsias, polipectomias e outros procedimentos necessários para meu diagnóstico e tratamento. Sei que o material coletado será submetido a uma análise anatomopatológica e que a Endoview encaminha esta amostra para um laboratório cadastrado, sendo o transporte realizado pelo laboratório de maneira que atenda a Legislação vigente. Para acesso **ao resultado do histopatológico, utilizarei informações contidas no cartão do laboratório, anexo ao laudo**.

Sei que **apesar de tais riscos**, este(s) procedimento(s) representam 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.

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**.

Afirmo ter fornecido todas as **informações sobre meu estado de saúde**, assim como alergias alimentares ou medicamentosas, medicações de que faço uso e que li e entendi que algumas medicações precisam ser suspensas antes do exame, conforme orientado no preparo que foi enviado pela Endoview, mas sempre de acordo com a permissão antecipada do meu médico assistente.

Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a **solicitação do meu médico assistente**.

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.

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.

- ☐ Autorizo que, após o exame, **o médico dê informações sobre o resultado do meu exame**, mesmo que discretamente, em um **ambiente coletivo**, onde podem estar presentes outras pessoas.

☐ Prefiro que após o exame **o médico não dê informações sobre o resultado do meu exame em um ambiente coletivo**, se restringindo a me entregar o laudo para que o mesmo seja avaliado apenas pelo meu médico assistente

Declaro 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) _____

Assinatura e carimbo (médico da Endoview) _____

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