

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Atendimento:

Data:

Nome do médico:

O consentimento informado é a autorização do paciente obtida pelo profissional médico para a realização de procedimento médico, diagnóstico e/ou terapêutico.

GASTROSTOMIA POR VIA ENDOSCOPICA

O procedimento envolve a passagem de um aparelho pela boca até o estômago (endoscopia) para passagem de uma sonda para alimentação enteral. Faz-se necessário uma incisão na pele da parede abdominal para exteriorização da sonda, que permanecerá para via de acesso da alimentação e/ou administração de medicamentos.

1. Fui informado que o paciente deverá estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, devido ao risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de líquido gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o uso de anestesia, realizado através de medicamentos por via endovenosa, e anestesia na garganta com um spray de lidocaína. A administração do medicamento será realizada pelo médico endoscopista e/ou anestesista. Em alguns casos pode ser indicado a anestesia geral.
 - Anestesia geral- o paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento não tendo nenhuma percepção de dor, espaço ou movimentação.
3. Fui informado que, em menos de 1% dos casos podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da anestesia (dor ou inflamação no local da injeção) e ainda raramente pode ocorrer reação à medicamentos e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento e anestesia.
4. O procedimento de gastrostomia pode não ser realizado em situações que ocorre dificuldade técnica ou o paciente apresente alterações que impossibilitem a realização do mesmo.
5. Estou ciente de que após esse procedimento o paciente pode apresentar dor, ulceração, infecção, deslocamento da sonda ou complicações tardias relacionadas com a presença da sonda. A equipe médica me explicou que embora incomum podem ocorrer complicações sérias durante o procedimento, podendo resultar na necessidade de hospitalização para observação clínica, até mesmo em UTI. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópio adicional, cirurgia de urgência, podem ser necessários. Apesar de muito raro, o risco de morte pode estar presente.
6. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a natureza de cada evento.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA**

7. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos e benefícios do procedimento.

8. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), li e compreendi todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Eu _____ Nº de identidade _____

() Responsável, grau de parentesco: (_____), declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr(a). _____,

CRM _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre o estado de saúde do paciente, doenças, medicamentos as quais é alérgico e faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dos mesmos.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do acompanhante / responsável

RG/CPF

Testemunhas:

Nome completo: _____

Assinatura do responsável / acompanhante

RG/CPF

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Assinatura e Carimbo do médico endoscopista