

Paciente _____ Data ___/___/___
 Estado Civil: _____ RG: _____ CPF: _____
 Data de Nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
 Telefone Res: (___) _____ Telefone Celular: (___) _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
 PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL**

O que é Retossigmoidoscopia Flexível?

A Retossigmoidoscopia Flexível possibilita o estudo da mucosa do reto e da parte distal do intestino grosso. São exames realizados na investigação de sangramentos retais, pesquisa de diarreias, alterações do hábito intestinal e dores abdominais. Não são necessária a realização de sedação, pois apesar de desconfortável, não é um exame doloroso. A Retossigmoidoscopia Flexível utiliza um aparelho flexível, que causa menos desconforto durante o procedimento e possui uma câmera integrada para permitir a visualização. Procedimentos terapêuticos também podem ser realizados durante o exame e entre eles, o mais frequente é a polipectomia que é a remoção de pólipos, este procedimento é realizado no ato do exame de acordo com a necessidade e conduta médica, solicitaremos a autorização do procedimento junto ao convênio posteriormente, e caso o convênio não autorize ou esteja em carência entraremos em contato com o paciente para que sejam realizadas as despesas do procedimento.

O que acontecerá durante o exame?

Após a limpeza retal com a utilização de laxativos, o cólon estará limpo, sem resíduos fecais e pronto para ser examinado. Um equipamento flexível é introduzido através do canal anal e avalia toda a mucosa do reto e do cólon sigmoide, podendo chegar até a porção final do cólon descendente (cerca de 40 a 50 cm do intestino grosso).

Quais os riscos do procedimento?

O exame não é isento de risco, mas as complicações são raras. Podem ocorrer reações às drogas, sangramento, infecção e perfuração do tubo digestivo. Apesar de raras, as complicações podem ser graves podendo necessitar de internamento hospitalar. Existem complicações decorrentes da doença que levou o médico a pedir o exame, também podem ocorrer de outras doenças que já estão em acompanhamento ou ainda as que o paciente não sabe que é portador.

Motivo da realização do exame? _____

Responda com atenção:	Sim	Não	Quando / Qual
Já realizou exame de Retossigmoidoscopia Flexível?			
Teve alguma reação ao exame?			
Teve alguma reação ao preparo?			

Preencha com atenção as patologias (doenças) que vc possui .	Sim	Não	Quando / Qual
Coração			
Rins			
Fígado			
Estômago / Intestino			
Pulmão			
Sistema Nervoso			
Diabetes			
Pressão Alta			
Hepatite B			
Hepatite C			
HIV			

Responda com atenção as perguntas abaixo	Sim	Não	Qual
Faz uso de algum medicamento de uso contínuo?			
Faz uso de algum medicamento anticoagulante?			
Tem alergia a algum medicamento?			
Já realizou alguma cirurgia?			
Está gestante?			
Tabagismo			
Etilismo			
Drogas			

Antecedentes Familiares	Sim	Não	Qual
Doenças do Coração			
Doenças Neurológicas			
Diabetes			
Câncer			
Pressão Alta			

AUTORIZAÇÃO

Declaro, que li e tive oportunidade de esclarecer toda minha dúvida relativa ao procedimento e, tendo compreendido todas as informações deste documento, autorizo a realização do Exame Endoscópico e de outros procedimentos que venham a ser necessários caso ocorram situações imprevistas e haja necessidade de cuidados diferentes daqueles propostos inicialmente.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Este termo é destinado aos pacientes com necessidade de realização de procedimentos eletivos sem suspeita ou confirmação de COVID 19. É OBRIGATÓRIO O USO DE MÁSCARA DURANTE SUA PERMANÊNCIA NA CLÍNICA.

1. Declaro que nos últimos 14 (quatorze) dias () **EU TIVE** () **EU NÃO TIVE FEBRE** (temperatura corporal > 37,8 ° C), ou sintomas que sugerem infecção respiratória (tosse, falta de ar, dificuldade de respirar e/ou coriza), dor de garganta, perda ou diminuição do olfato, alteração do paladar ou diarreia.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Via	Dose	Hora	Anotação
Lidocaína 2% geléia	Tópico			
Anuscópio	Tópico			