



### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu abaixo assinado declaro estar ciente da necessidade da realização de uma Endoscopia Digestiva e/ou Colonoscopia diagnóstica e/ou terapêutica, de acordo com a solicitação do médico que me assiste, para qual autorizo a equipe da PROCTOLCIN CURITIBA a efetuar o procedimento de:

COLONOSCOPIA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Declaro também estar adequadamente informado a respeito dos riscos inerentes de tal procedimento e das suas limitações, da eventual possibilidade de complicações, apesar de pouco frequentes, podem ser decorrentes de sangramento, perfuração do trato gastrointestinal, de infecções e de fatores biológicos individuais dos riscos do ato anestésico e/ou de sedação. Eu compreendo que a realização deste exame poderá me trazer os seguintes benefícios: diagnóstico preciso e precoce de várias doenças gastrointestinais, além de propiciar intervenções terapêuticas cirúrgicas sem cortes e com morbidade significativamente menor, em relação à cirurgia convencional.

Igualmente, admito ser conhecedor de que a equipe por este instrumento autorizada é capacitada junto ao Conselho Regional de Medicina para realização do procedimento bem como tomará todos os cuidados de esterilização, segundo regulamentação vigente da Vigilância Sanitária, da estabilidade e preservação da vida. Declaro ainda estar ciente de que o procedimento efetuado poderá ser ampliado, reduzido, cancelado, alterado, requerer técnicas anestésicas diversas da inicialmente proposta, tudo com o objetivo de sob a visão médica otimizar o tratamento priorizando a segurança do paciente.

Finalmente, comprometo-me ter seguido fielmente as orientações pré-procedimento que me foram dadas estando condicionada minha alta ambulatorial a respectiva autorização e a presença de pessoa legalmente responsável para acompanhamento até o domicílio.

Diante do exposto, assino o presente autorizando a realização do exame, certo ter sanado minhas dúvidas decorrentes dos riscos, benefícios e alternativas ao procedimento proposto.

Curitiba \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_

Alta Médica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_



**PROCTOCLIN CURITIBA**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ESTÁ OU ESTEVE RECENTEMENTE EM TRATAMENTO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FAZ USO DE MEDICAÇÃO DE USO DIÁRIO? SE SIM, QUAIS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ESTÁ GRAVIDA OU RISCO DE GRAVIDEZ?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO CONHECIDO? SE SIM QUAIS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
É DIABÉTICO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TEM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS? <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> BRONQUITE <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TEM EPILEPSIA OU CONVULSÕES?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
SOFRE DE TRANSTORNOS RENAIS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
JÁ TEVE OU TEM DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA? <input type="checkbox"/> SIFILIS <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE <input type="checkbox"/> HEPATITE <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TEM PROBLEMA DE PRESSÃO? <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> BAIXA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TEM PROBLEMAS DE CORAÇÃO? <input type="checkbox"/> MARCAPASSO <input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> STENT OU CIRURGIA CARDÍACA <input type="checkbox"/> PALPITAÇÃO OU ARRITIMIA <b>* SE <u>SIM</u> TRAZER AUTORIZAÇÃO DO SEU CARDIOLOGISTA OU CLÍNICO E ÚLTIMOS EXAMES DO CORAÇÃO PARA REALIZAR O EXAME SOB SEDAÇÃO COM USO DE PROPOFOL</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
JÁ FOI OPERADO? SE SIM, DO QUE E QUANDO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO SOBRE SUA SAÚDE QUE CONSIDERA IMPORTANTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
NECESSITA DE ATESTADO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O SEU ACOMPANHANTE PRECISA DE DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO? NOME DO ACOMPANHANTE PARA A DECLARAÇÃO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e que concordo em ser submetido(a) ao exame e ao medicamento sedativo ou anestésico. Autorizo, desta forma, que o médico realize em mim o procedimento solicitado. Declaro ainda estar ciente de que devo voltar acompanhado por uma pessoa maior de idade, e somente de carro.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE