

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Telefone1: \_\_\_\_\_

Telefone 2: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_ Colonoscopista: \_\_\_\_\_

Emissão do atestado médico? [ ] SIM [ ] NÃO

Emissão da declaração de comparecimento para acompanhante? [ ] SIM [ ] NÃO

**01)** Por que seu médico solicitou a colonoscopia? [ ] SIM [ ] NÃO

**02)** Já realizou colonoscopia antes? [ ] SIM [ ] NÃO  
Por quê? Quando? Onde? Lembra-se do resultado?

**03)** Já se submeteu a cirurgias e anestésias antes? [ ] SIM [ ] NÃO  
Quais?

**04)** Usa aspirina (AAS), clopidogrel, anti-inflamatório ou anticoagulante [ ] SIM [ ] NÃO  
oral? Quais?

**05)** Já notou sangramento nas fezes? [ ] SIM [ ] NÃO

**06)** Tem pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva? [ ] SIM [ ] NÃO

**07)** Tem pressão alta ou problemas de coração? [ ] SIM [ ] NÃO

**08)** Tem diabetes? [ ] SIM [ ] NÃO

**09)** Tem asma, enfisema, bronquite, rinite alérgica ou sinusite? [ ] SIM [ ] NÃO

**10)** Está grávida ou amamentando? [ ] SIM [ ] NÃO

**11)** – Tem alergias? [ ] SIM [ ] NÃO  
Caso positivo, de que tipo?

**12)** Ingere regularmente bebidas alcoólicas? [ ] SIM [ ] NÃO

**13)** Fuma? [ ] SIM [ ] NÃO

**14)** Possui outras doenças crônicas (problemas de fígado, rins ou neurológicos)? Caso positivo, quais? [ ] SIM [ ] NÃO

**15)** Anote abaixo os medicamentos que utiliza:

**16)** Algum familiar com:  
Câncer de intestino? [ ] SIM [ ] NÃO  
Câncer de estômago? [ ] SIM [ ] NÃO

**17)** Exames complementares:

**18)** Risco cirúrgico:

**19)** Colonoscopia agendada? [ ] SIM [ ] NÃO

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado(a) paciente e familiar,

Solicitamos que leia atentamente as informações abaixo, juntamente com o seu acompanhante. Esclareça suas dúvidas com o seu médico, antes de assinar este documento.

Devido à suspeita de uma alteração no tubo digestivo (ou órgãos próximos) do paciente, foi indicada a realização de uma Ecocolonosopia, com ou sem punção.

Esse procedimento consiste em introduzir pela boca ou pelo ânus do paciente um aparelho, com capacidade de obter imagens endoscópicas e ultrassonográficas dos órgãos acima referidos e de permitir a realização de punções ou biópsias, com objetivos diagnósticos e/ou terapêuticos. O exame se realiza com assistência de um médico anestesiológico, o qual administra medicações intravenosas, para reduzir o incômodo e relaxar o paciente. Caso o paciente seja alérgico a algum medicamento, deve comunicar esse fato ao anestesiológico, antes do procedimento.

A Ecocolonosopia é igual a qualquer outro procedimento médico realizado sobre um órgão interno, apresentando riscos de complicações (reações alérgicas, alterações cardiorrespiratórias, perfuração, hemorragia, entre outras) ou de insucesso. Em alguns casos, pode ser necessária a intervenção cirúrgica, para tratar algumas dessas complicações. Entretanto, o risco dessas complicações é baixo, sempre inferior ao risco de uma intervenção cirúrgica para buscar o mesmo diagnóstico ou tratamento. Com a finalidade de detectar essas raras complicações e tratá-las prontamente, é recomendado o repouso domiciliar por 12 horas após o exame. Nos casos de ocorrência de hemorragia, náuseas ou dores intensas, um serviço hospitalar de emergência deve ser prontamente acionado.

A decisão final de realizar o procedimento cabe sempre ao paciente ou seu responsável. É nosso papel ressaltar que a Ecocolonosopia tem fundamental importância para a condução do caso clínico, podendo trazer grande benefício para o paciente. Portanto, pedimos ao paciente (e/ou seu responsável), que nos confirme que entendeu as informações aqui prestadas e que nos autorize a realizar a Ecocolonosopia e os procedimentos dela derivados, por meio da assinatura do seguinte Termo de Consentimento.

“A proposta de intervenção a mim apresentada, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas existentes, foi explicada claramente pelo meu médico. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis na GastroMedBH, na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e/ou após a Ecocolonosopia, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial, em virtude de situações imprevistas.”

Informamos que os dados pessoais coletados serão utilizados para cadastramento de exames, recuperação da informação sobre o paciente, faturamento junto as operadoras de convênios médicos e atendimento aos médicos solicitantes do exame. Os dados pessoais serão tratados pela Clínica GastromedBH de forma sigilosa e confidencial, visando a preservação de sigilo de acordo com a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados, O artigo 73 do código de Ética médica, mantendo-os em ambiente seguro.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido, e que me foi concedida a oportunidade de negar, anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafo ou palavra com os quais não concordasse.

Autorizo, portanto, a realização da Ecocolonosopia, com ou sem punção, e os procedimentos médicos dela derivados, quando necessários.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome completo do acompanhante

RG: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico