

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____,
declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena

autorização ao(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____,
inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: A Gastrostomia endoscópica percutânea é um método empregado para fornecimento de dieta enteral por tubo colocado no estômago (gastrostomia) por endoscopia (via endoscópica) através da pele (implantação percutânea) para suporte nutricional adequado de pacientes que não conseguem fazer uso adequado da dieta oral por ingestão insuficiente ou por alterações anatômicas no trato gastrointestinal superior ou que necessitem fazer uso de dieta por sonda nasoenteral por tempo prolongado. Procedimento sob sedação ou anestesia sob supervisão de um anestesista ou médico responsável pela sedação.

SEDAÇÃO:

- **LEVE** – Estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.
- **MODERADA/ANALGESIA** - “Sedação consciente” É um estado de depressão da consciência obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não é necessária intervenção para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.
- **PROFUNDA/ANALGESIA** - Depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente é dificilmente despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

PREPARO: O estômago deverá estar vazio. O paciente deverá permanecer em jejum completo por 8 (oito) horas ou conforme solicitação do anestesista. Medicamentos anticoagulantes deverão ser suspensos antes do procedimento e os níveis de coagulação corrigidos a valores aceitáveis para a realização do procedimento.

COMPLICAÇÕES: Apesar de raras, podem aparecer, citando como principais as seguintes:

1. Obstrução da sonda;
2. Migração da sonda para o intestino delgado;
3. Extravasamento de suco gástrico e ou dieta pelo óstio da gastrostomia por irritação química (suco gástrico);
4. Infecção do local da punção;
5. Sangramentos;
6. Irritação da garganta e disfagia;
7. Dores, enjoos, vômitos, tonteadas e mal-estar;
8. Dificuldade respiratória em função da sedação;
9. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões, pneumonias;
10. Perfuração de órgãos adjacentes ao estômago;
11. Infecções no peritônio e/ ou na pele.
12. *Recall* de prótese, órtese e/ou material especial**

****RECALL:** O fabricante pode solicitar o recolhimento “*recall*” de determinado(s) lote(s) de órtese(s), prótese(s) e/ou materiais especiais, se identificar alguma irregularidade técnica ou quebra de qualidade do produto. Caso a órtese, prótese e/ou material especial utilizado no meu procedimento seja do mesmo lote de um *recall*, estou

ciente que deverei passar por avaliação médica, com objetivo de investigar a necessidade de retirada do respectivo material, visando a redução do risco à minha saúde. Neste caso, declaro estar ciente que poderão haver custos relativos à consultas, exames e até mesmo nova cirurgia, os quais não serão de responsabilidade do Hospital Dona Helena.

Muitas vezes, as doenças são vistas apenas na hora em que o exame está sendo realizado, e o Endoscopista pode fazer o tratamento de imediato, desde que previamente autorizado.

() Estou esclarecido quanto aos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos e suas complicações e autorizo a realização dos mesmos nos casos em que o médico endoscopista julgue necessário realizá-los.

() Não autorizo a realização do procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, apenas o exame diagnóstico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA** tenha o resultado pretendido.

Também que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento e que reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos a que serei submetido (a).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.