

CONSENTIMENTO INFORMADO

COLONOSCOPIA / POLIPECTOMIA

Considerando o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) que, garantem ao paciente, informações sobre seu estado de saúde, eu, (nome completo) _____, RG nº: _____ estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento a que vou me submeter, bem como as suas eventuais complicações que podem ocorrer em menos de 3% (0,3% a 6%) dos casos como perfuração e hemorragia e riscos de sedação como apneia, arritmias cardíacas, reação anafilática, aspiração e pneumonia. Caso necessário, fica autorizada a tomada de providências, inclusive hemotransfusão e tratamento cirúrgico para solucionar qualquer intercorrência em função do procedimento realizado.

Assim sendo, concordo em submeter-me ao referido tratamento/procedimento, inclusive para ser transfundido com hemocomponentes e submeter-me a outros procedimentos invasivos e terapias alternativas se necessário for, e, para tanto, assino o presente documento, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

Declaro que recebi por escrito as orientações para a realização do procedimento acima descrito.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento