

Caro paciente, preencha todos os campos para sua segurança!

**Dados Pessoais:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Horas de jejum: sólidos \_\_\_\_\_ líquidos \_\_\_\_\_

**Motivo do Exame:**

( ) Refluxo/ Queimação/ Azia/ Gastrite ( ) Dores de estomago ( ) Câncer ( ) Má digestão  
( ) Exame preventivo/Check up ( ) Histórico familiar de câncer ( ) Tosse ( ) Diarreia ( ) Sangramento  
( ) Acompanhamento de H. Pylori ( ) Outros. Resuma: \_\_\_\_\_

**1. Possui uma das doenças abaixo? Se sim, assinale qual(is):**

( ) Cardiopatia ( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes ( ) Doença renal ( ) Doença de Chagas  
Doenças Infectocontagiosa: ( ) Hepatite A ( ) Hepatite B ( ) Hepatite C ( ) HIV

**2. Possui algum tipo de alergia?**

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

\* NÃO REALIZAMOS EXAMES EM ALÉRGICOS A LATEX, POR QUESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

\*\* SE FOR ALÉRGICO INFORME A RECEPÇÃO E ANESTESISTA PARA RETIRAR ETIQUETA VERMELHA DE IDENTIFICAÇÃO.

**3. Assinale se teve ou tem:**

( ) Tuberculose ( ) COVID-19

**5. Faz uso de medicamento?**

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Já fez alguma cirurgia?**

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**4. Possui doença respiratória?**

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**6. Assinale se for:**

( ) Gestante ( ) Lactante (amentando)

**8. Está em uso de anticoagulantes?**

( ) Não ( ) Sim. Assinale qual: ( ) AAS ( ) Aspirina  
( ) Clopidogrel ( ) Mareven ( ) Marcoumar  
( ) Heparina ( ) Clexane ( ) Pradaxa  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Eu paciente, declaro ter lido e preenchido o questionário com informações verídicas, e entendo que o jejum inadequado pode colocar em risco minha segurança durante o exame.

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

**ACOMPANHANTE (Nome completo):** \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me por acompanhar o paciente após alto do exame endoscópico realizado conforme orientações da equipe médica. Declaro ainda que recebi por escrito e entendi as orientações pós-exame.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acompanhante

Necessita atestado médico (Paciente): ( ) Sim ( ) Não

Necessita atestado médico (Acompanhante): ( ) Sim ( ) Não



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Procedimento Diagnóstico e/ou Terapêutico**

<b>Tipo de Documentação:</b> Termo de Consentimento	<b>Setor:</b> Endoscopia/ Colonoscopia	<b>Nº Doc.:</b> 02	<b>Elaboração:</b> Enf. Angelita Engel
	<b>Versão:</b> 01	<b>Data de Atualização:</b>	<b>Aprovação:</b> Dra. Suzanne Hoverter

(Consentimento Informando – Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/1996) O termo abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/ procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal do(s) exame(s)/ procedimento(s).

Eu, \_\_\_\_\_, paciente ou responsável legal, declaro que autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou profissionais por ele selecionados a realizar o procedimento de:

- ( ) ENDOSCOPIA  
( ) COLONOSCOPIA

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(is) ou fortuita(s). Estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais frequentes: sangramento, perfuração do intestino delgado e broncoaspiração.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendendo e concordando com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, paragrafo ou palavra com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto.

**( ) AUTORIZO O MÉDICO ANESTESISTA A ME SUBMETER A SEDAÇÃO NECESSÁRIA PARA O EXAME.**

Nome Completo (legível): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

**Médico executante do exame:**

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / CRM / Carimbo do médico