

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**

Tipo de Documentação: Termo de Consentimento	Setor: Endoscopia/ Colonoscopia	Nº Doc.: 02	Elaboração: Enf. Angelita Engel
	Versão: 01	Data de Atualização:	Aprovação: 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