**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

**Nome do paciente:**

**Data prevista para o exame:** **Hora:**

**GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM SEDAÇÃO**

A **gastrostomia endoscópica percutânea** é a passagem de uma sonda de alimentação por **endoscopia digestiva alta** através da colocação de um tubo no estômago pelo abdome. Está indicada para suporte nutricional adequado a pacientes que não conseguem ou que não devem fazer uso de dieta oral ou que necessitam de uso de sonda nasoenteral por tempo prolongado. O paciente é submetido a **sedação** através de um acesso venoso, com medicamentos de boa qualidade aos cuidados do médico anestesista, garantindo a segurança e aumentando o conforto do exame. Tal procedimento está sujeito a riscos, que variam conforme os achados do exame e o estado de saúde do paciente. Dentre estes riscos, temos: desconforto para a punção da veia, cólicas, distensão e dores abdominais após o exame. Existe risco de complicações imediatas, que são raras, como: sangramento no local da punção da sonda e até perfuração do tubo digestivo. Além disso, complicações tardias como migração da sonda instalada para a parede abdominal (principalmente sob manuseio inadequado) ou infecção ao redor da sonda (sendo realizado antibiótico profilático antes da realização do procedimento para evitar esse desfecho). Em situações mais graves, caso aconteçam, tomaremos as medidas cabíveis para a resolução do problema. Não serão corridos riscos desnecessários, a menos que sejam imprescindíveis para o paciente, atentando a todos os cuidados para minimizar esses riscos, com equipamentos adequados e equipe habilitada.

* **TRAZER DOCUMENTO (RG OU CNH) E CARTEIRINHA DO CONVÊNIO;**
* **TRAZER O PEDIDO MÉDICO E AS GUIAS LIBERADAS PELO CONVÊNIO;**
* **TRAZER TODOS OS EXAMES PRÉVIOS RELACIONADOS A INVESTIGAÇÃO DIGESTIVA;**
* **Tempo mínimo de jejum absoluto (nem água) – 8 horas;**
* **Manter medicações de uso contínuo – trazer por escrito todas as medicações e suas doses;**
* **Medicamentos anticoagulantes como: clopidogrel, prasugrel, marevan, rivaroxabana, dabigatrana, apixabana, heparina, clexane ou semelhantes devem ser informados antes do exame para a equipe da Endoclim para as orientações necessárias.**

Declaro que li e entendi claramente todas as informações a mim prestadas e as contidas neste documento. Sinto-me devidamente informado(a) a respeito do procedimento e de suas complicações possíveis, inclusive podendo haver situações imprevistas. Finalmente, **aceito ser submetido a GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM SEDAÇÃO, bem como me comprometo a honrar com os custos habituais e adicionais dele advindos, caso não sejam autorizados pelo meu convênio**.

**Estou ciente de me submeter ao procedimento durante a pandemia de Covid-19.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do paciente e/ou responsável**

**Nome legível:**

**CPF ou RG:**