**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

**Nome do paciente:**

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

**RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL SEM SEDAÇÃO**

A **retossigmoidoscopia flexível** é um exame importante para o diagnóstico e o tratamento das doenças da metade final intestino grosso e do reto. Tal procedimento está sujeito a riscos, que variam conforme os achados do exame e o estado de saúde do paciente. Dentre estes riscos, temos: cólicas, distensão e dores abdominais após o exame. Existe risco de complicações, que são raras, como: sangramento e até perfuração do tubo digestivo, especialmente se for necessário algum procedimento terapêutico, como retirada de pólipos ou de lesões maiores etc. 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;**
* **SEGUIR O PREPARO CONFORME ITEM ANEXO;**
* **Utilize roupas confortáveis e evite o uso de adornos (brincos, anéis, piercings);**
* **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 RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL SEM 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:**