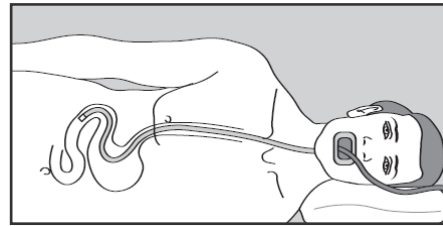




**Cliniber Badajoz S.L.**

Rev 1 14/05/2013



## **DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)**

Sr./Sra.: ....., de ..... anos de idade.  
(Nome e dois apelidos do paciente)

Com morada: ....., e B.I.: .....  
(Morada do paciente)

Sr./Sra.: ....., de ..... anos de idade.  
(Nome e dois apelidos do representante legal)

Com morada: ....., e B.I.: .....  
(Morada do representante legal)

Em ..... de ..... de .....  
qualidade ..... de .....  
.....  
(Representante legal, familiar ou achegado) (Nome e dois apelidos do paciente)

### **DECLARO**

Que a doutora **M<sup>a</sup> Ángeles Berges Magaña** me explicou que é conveniente proceder, na minha situação a uma PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA).

**1.** A panendoscopia oral é uma técnica endoscópica cujo propósito é a visualização da parede do trato digestivo superior (esófago, estômago e duodeno) com a finalidade de poder diagnosticar diferentes doenças que afetam este trajeto.

**2.** O procedimento, sempre com indicação do médico especialista, e sobretudo em determinadas circunstâncias pode tornar-se recomendável ou necessária a sedação anestésica e/ou a utilização de um anestésico tópico com o objetivo de diminuir a sensação de náuseas ao introduzir o endoscópio na cavidade oral. Também me informaram dos possíveis riscos da sedação anestésica e da anestesia tópica.

**3.** A prova realiza-se habitualmente, com o paciente em decúbito (deitado sobre o seu lado esquerdo) e após a introdução oral do endoscópio (através de um abre-bocas), visualiza-se a parede do esófago, estômago e duodeno. No mesmo ato podem-se tomar pequenas amostras de tecido (biópsia) para o seu estudo.

**4.** Compreendo que, apesar da escolha adequada da técnica e da sua correta realização, podem-se apresentar efeitos indesejáveis, como distensão e dor abdominal, hemorragia, perfuração, infeção, aspiração bronquial, hipotensão, náuseas e vômitos, reação alérgica e flebite ou excepcionais, como arritmias ou paragem cardíaca, depressão ou paragem respiratória, AVC (acidente vascular cerebral), danos dentais e subluxação maxilar, que podem ser graves e requerer tratamento médico ou cirúrgico, incluindo um risco mínimo de mortalidade.

**5.** Indicaram-me e explicaram-me a preparação recomendada previamente. Em situações de urgência, pode ser necessária a sua realização sem o paciente estar em jejum. Advertiram-me também da necessidade de avisar de possíveis alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares (enfartes, valvopatias, asma,...), existência de prótese, marca-passos, medicações atuais (aspirina, anticoagulantes ou outras), doenças infecciosas como hepatite ou qualquer outra circunstância que possa alterar a técnica e a evolução posterior do paciente. Pela minha situação vital atual (diabetes obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada, .....)  
pode aumentar a frequência de riscos ou complicações  
como.....

6. O médico explicou-me também da existência de possíveis técnicas ou procedimentos alternativos. Apesar da realização adequada da técnica numa percentagem muito pequena de pacientes poder-se-ia não conseguir o diagnóstico / tratamento desejado. Durante a realização desta técnica pode ser necessário realizar biópsia ou inclusivamente dissecar alguma lesão orgânica ou realizar outras técnicas terapêuticas. Por isso, seria aconselhável que informasse o seu médico sobre os fármacos que toma ou tomou nos dias prévios à exploração e se padece transtorno ou doença relacionada com a coagulação.

Compreendi as explicações que me deram numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me realizar todas as observações e esclareceu-me todas as dúvidas que expus.

Compreendo também que, em qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora presto.

Por isso, manifesto que estou satisfeito/a com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos da exploração. E em tais condições.

### **CONSINTO**

Que me realizem uma PANENDOSCOPIA ORAL (Esófago-gastro-duodenoscopia) e aqueles procedimentos complementares, tanto diagnósticos (biópsia, citologia ou outros) como terapêuticos (polipectomia, dilatação, esclerose, electro ou foto coagulação, colocação de bandas elásticas, prótese ou sondas) que sejam aconselháveis durante a mesma.

Em Badajoz, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ass.: O/a paciente

Ass.: Representante legal

Ass.: Dra. Berges Magaña  
nº col: 06/06/04781

### **DENEGACÃO OU REVOGAÇÃO**

Eu, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ depois de ser informado/a da natureza e dos riscos do procedimento proposto, manifesto de forma livre e consciente a minha denegação/revogação (risque o que não interessa) para a sua realização, tornando-me responsável pelas consequências que podem derivar desta decisão.

Badajoz, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ass.: O/ a paciente  
B.I.:

Ass.: O representante legal  
B.I.:

Ass.: Dra. Berges Magaña  
D.N.I.:

Em conformidade com o disposto no Art. 5 da L. O. 15/1999 de Proteção de dados de Caráter Pessoal, informamos que os seus dados pessoais serão incorporados a um ficheiro, devidamente inscrito no R.G.P.D., para a manutenção da relação médico-paciente e história clínica. O Sr./Sra. Autoriza de forma expressa que os seus dados pessoais sejam comunicados, única e exclusivamente naqueles casos em que seja necessário, à empresa asseguradora à qual pertence, com o único objetivo de lhe prestar os serviços por si solicitados. O seu consentimento entender-se-á prestado enquanto não comunique por escrito, para a morada abaixo indicada, a revogação do próprio.

No caso de se produzir alguma modificação dos seus dados, rogamos que no s o comunique devidamente por escrito com a finalidade de manter a sua informação actualizada. Poderá exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição dirigindo-se por escrito ao responsável do ficheiro: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.