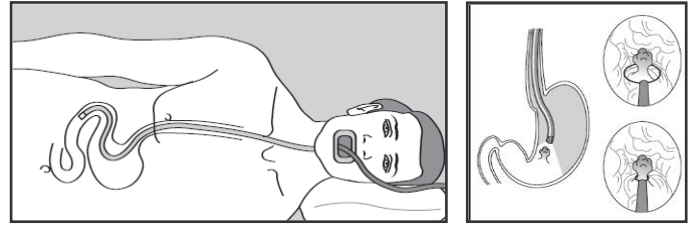




Cliniber Badajoz S.L.

Rev 1 14/05/2013



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMIA NO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR

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

DECLARO

Que a doUtora **M^a Ángeles Berges Magaña** me explicou que é conveniente proceder, na minha situação, a uma POLIPECTOMIA NO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR.

1. É uma técnica endoscópica que pretende a extirpação de pólipos ou outras lesões neoplásicas encontrados no trato digestivo superior mediante a utilização de um gastroscópio e uma asa diatermia (laço metálico) ligado a uma unidade electrocirúrgica, que transmite corrente elétrica que corta e coagula.

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 tóxico. Informaram-me também dos possíveis riscos da sedação anestésica e da anestesia geral.

3. Com o paciente em decúbito (deitado sobre o seu lado esquerdo), introduz-se o endoscópio por via oral, com a ajuda de um abre-bocas. Uma vez visualizada a lesão, abraça-se com uma asa de diatermia que transmite uma corrente elétrica que corta a lesão e pode produzir coagulação ao mesmo tempo. A lesão, uma vez extirpada, recupera-se se é possível e envia-se para o seu estudo anatomopatológico.

4. Compreendo que, apesar da escolha adequada da técnica e da sua correta realização, podem apresentar-se 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 a preparação recomendada previamente. 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 POLIPECTOMIA NO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR.

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.: