

**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS
DIGESTIVOS OU RESPIRATÓRIOS**

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Estou ciente de que vou realizar um exame do tipo acima especificado, que meu médico assistente solicitou, por considerá-lo necessário para um melhor esclarecimento e acompanhamento de meu estado de saúde.

O exame que será realizado, seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente explicadas pela equipe do Dr. _____ CRM No. _____, médico responsável pelo procedimento.

Tive oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, entendendo que o resultado deve ser interpretado junto com os demais dados da história clínica.

Por tais razões e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)