



CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIDADE DE ENDOSCOPIA

Eu, sr(a) _____

RG: _____, serei submetido a exame endoscópico sob
sedação no dia _____.

Declaro que para tal, fui informado sobre as possíveis complicações inerentes ao procedimento (como perfuração e hemorragia) e à sedação a ser administrada a critério clínico (amnésia anterógrada temporária, alterações neurológicas - convulsões, coma - depressão respiratória e parada cardíaca).

Autorizo a realização de procedimento terapêutico (biópsias, polipectomia, dilatações, esclerose), se houver indicação.

Para a realização do exame, deverei estar em jejum absoluto de 8 horas, acompanhado de pessoa maior de idade e em boas condições de saúde física e mental.

Nas 24 horas que sucedem o exame, devido a sedação utilizada, não realizarei atividades que necessitem atenção ou vigília e que possam colocar em risco minha integridade física.

Campinas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL