

Procedimento a realizar: Colonoscopia e Endoscopia Digestiva Alta

Eu _____

abaixo assinado, declaro que me foi entregue um documento informativo de 17 páginas e que tomei conhecimento e percebi as vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este procedimento/ intervenção diagnóstica e/ou terapêutica, designadamente o risco de perfuração, hemorragia, complicações cardiorrespiratórias, inclusivé o risco de morte, e que autorizo, não só a sua execução, mas também os procedimentos associados e atos médicos necessários à resolução de eventuais complicações e terapêutica das lesões detetadas durante o procedimento e/ou que, não estando previstos, entendam que seja necessário; bem como o encaminhamento de qualquer tecido/biópsia removido para exames complementares desde que seja necessário para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Foram-me proporcionadas as informações e esclarecimentos que considerei necessários. Tive o tempo de reflexão que considero ser necessário e suficiente para compreender todas as informações que me foram fornecidas, bem como os esclarecimentos por mim solicitados. Sei que tenho o direito de a qualquer momento solicitar mais informações ou mudar de opinião, revogando o meu consentimento mesmo depois de assinar este documento, mas devo dar de imediato conhecimento de tal facto à equipa clínica.

Porto, ____ / ____ / ____

(Assinatura do doente)

(Em caso de incapacidade de decisão do doente, a autorização é dada pelo representante legal do doente)

Nome _____

Documento Identificativo _____ na qualidade de _____

A Preencher pelo médico responsável

Confirmo que informei o doente / representante legal, de forma adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, alternativas possíveis, assim como os riscos inerentes associados, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica e outras informações que me foram solicitadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. De acordo com o meu entendimento o doente / representante legal está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Porto, ____ / ____ / ____

(Assinatura do médico)

Nome completo: _____ Cédula Profissional: _____



Laboratório de Endoscopia
e Motilidade Digestiva

Rua Sá da bandeira 752
4000-432 Porto
Tel: 222076370

Consentimento Informado para Sedação Ligeira / Moderada / Profunda

Procedimento a que dá suporte: Colonoscopia e Endoscopia Digestiva Alta sob sedação endovenosa

Eu _____
abaixo assinado, abaixo assinado declaro que recebi informação suficiente sobre a técnica anestésica escolhida de forma a que o procedimento ou a cirurgia a que vou ser submetido possa ser realizado, a possibilidade de mudar ou complementar o tipo proposto de anestesia, assim como os benefícios, complicações ou riscos da administração da mesma, para além dos riscos inerentes à técnica previamente estabelecida.

Autorizo a realização da mesma, bem como os procedimentos adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas, pelos profissionais da ManopH qualificados para tal e que possam vir a ser necessários para o efeito.

Foram-me proporcionadas as informações e esclarecimentos que considerei necessários. Tive o tempo de reflexão que considero ser necessário e suficiente para compreender todas as informações que me foram fornecidas, bem como os esclarecimentos por mim solicitados. Sei que tenho o direito de a qualquer momento solicitar mais informações ou mudar de opinião, revogando o meu consentimento mesmo depois de assinar este documento, mas devo dar de imediato conhecimento de tal facto à equipa clínica.

Porto, ____ / ____ / ____ _____

(Assinatura do doente)

(Em caso de incapacidade de decisão do doente, a autorização é dada pelo representante legal do doente)

Nome _____

Documento Identificativo _____ na qualidade de _____

A Preencher pelo médico anestesiologista

Confirmo que expliquei ao doente / representante legal, de forma adequada e inteligível, o tipo de anestesia proposta, os potenciais benefícios e riscos, as alternativas possíveis, a previsibilidade de êxito da sua aplicação, possíveis problemas relacionados com a recuperação, possíveis resultados da decisão de não realização da mesma e outras informações que me foram solicitadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão, estando em condições de compreender o que lhe foi informado.

Porto, ____ / ____ / ____ _____

(Assinatura do médico)

Nome completo: _____ Cédula Profissional: _____