



Termo de Esclarecimentos, Ciência e Consentimento para Ligadura Elástica de Varizes Esofágicas

1. *Eu entendo que serei submetido(a) a um exame indicado pelo meu médico assistente que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliação do interior do esôfago, com aplicação de anéis elásticos de borracha nas varizes esofágicas, visando interromper o fluxo sanguíneo nestas e assim conter ou diminuir o risco de sangramentos.*
2. *Compreendi que o tratamento completo visa a eliminação das varizes, o que pode requerer várias sessões (em média 4 ou 5), realizadas habitualmente a cada cerca de 21 dias.*
3. *Fui informado(a) de que as varizes podem se formar novamente depois de um período variável de tempo, e que por este motivo exames endoscópicos de controle deverão ser realizados periodicamente, com indicação de novas sessões de ligadura se necessário.*
4. *Fui orientado(a) a respeitar jejum de 12 horas antes das sessões e a evitar refeições copiosas na noite que antecede o procedimento no caso de sessões eletivas para tratamento de varizes sem sangramento ativo.*
5. *Sei que, no preparo para o exame, receberei uma dose de simeticona e que um líquido anestésico local será borrifado em minha garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável.*
6. *Estou ciente de que será administrada sedação através da injeção em uma veia de meu braço ou mão de um medicamento que me fará relaxar, permitindo o procedimento com mais conforto e facilidade. Sua realização e o tipo de sedação empregada dependerão da avaliação de meu estado clínico pelo médico examinador.*
7. *Estou informado(a) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação ou à anestesia da garganta podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei ao médico examinador se sou alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação ou uso de anestésicos locais.*
8. *Sei que existe risco de formação de úlceras no local de aplicação dos anéis alguns dias após o procedimento. Estas lesões são habitualmente superficiais e cicatrizam rapidamente, porém em raros casos podem dar origem a sangramentos que exigirão atenção médica. Há também risco não desprezível de aspiração de sangue e secreções para o pulmão, com consequente pneumonia. Também fui informado(a) de que após o procedimento podem acontecer dificuldade transitória para engolir e dor no peito.*
9. *Compreendi que, para realizar o exame sob sedação, deverei estar acompanhado(a) por alguém apto a me levar para casa após o procedimento e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada.*
10. *Entendi que não estarei apto(a) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 12 horas e que somente serei liberado(a) das dependências da clínica quando a equipe do Dr. Alysson Amaury determinar que estou em boas condições clínicas para alta.*

Esta autorização é dada aos médicos Dr. Alysson Amaury Cansanção de Souza bem como a Dra. Cynthia Maria Moura Sarmento e ao(s) seu(s) assistente(s) por ele selecionado(s) a realizar e intervir no(s) procedimento(s) necessário(s).

Li as instruções desse documento e todas as questões me foram esclarecidas, concordando com o mesmo. ()

Data: / /

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do acompanhante