

Consentimento informado para Retosigmoidoscopia flexível

A **retosigmoidoscopia (ou pansigmoidoscopia)** é um exame endoscópico realizado por um Médico Gastroenterologista que tem como objetivo a observação do Reto e da Sigmoido (os últimos segmentos do intestino grosso). Os benefícios a esperar deste exame incluem o diagnóstico e controlo de eventuais doenças destes segmentos intestinais.

No decurso da retosigmoidoscopia pode ser necessário realizar BIOPSIAS (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior).

A **retosigmoidoscopia** é um procedimento seguro com uma taxa de complicações inferior a 1%, mas que podem ocorrer em exames meramente diagnósticos ou também terapêuticos. As principais complicações são a hemorragia e a perfuração.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o exame, com eventual necessidade de posterior internamento. Em determinados casos, o tratamento da complicação poderá requerer intervenção cirúrgica e consequente internamento.

Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido (menos de 0,1% – 1 em cada 1000 exames). A retosigmoidoscopia não é um exame infalível, existindo a possibilidade de algumas lesões não serem detetadas. Este risco é maior se a limpeza intestinal não for adequada.

Se, após o exame, notar algo de anormal que possa ser uma complicação (dores abdominais intensas, mal-estar geral, perda de sangue, febre, vômitos intensos, falta de ar) não hesite em dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo, levando o relatório do exame.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em obter informações adicionais questionando a equipa clínica que lhe solicitou o exame ou a equipa clínica que lho vai realizar.

Limpeza rectal para o exame

Adquira na farmácia uma embalagem de um enema (ex.; clyss-go) – não necessita de prescrição médica.

Aplique o enema retal duas horas antes do procedimento, ainda na sua residência. Proceda de acordo com as instruções existentes na embalagem. O objetivo é limpar a porção final do intestino grosso.

Não necessita de fazer jejum.

DECLARAÇÃO

Declaro que me foi entregue este documento e que tomei conhecimento e percebi as vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este exame/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica e que autorizo, não só a sua execução, mas também os procedimentos associados e atos médicos necessários à resolução de eventuais complicações.

Foram-me proporcionadas as informações e esclarecimentos que considere necessários.

Sei que tenho o direito de mudar de opinião, revogando o meu consentimento mesmo depois de assinar o documento, obrigando-me a dar imediato conhecimento de tal facto à equipa médica.

Nome completo: _____

Data: ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura do utente (ou do seu responsável)
CONSENTIMENTO INFORMADO

Mais autorizo a recolha dos meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, para efeitos de realização de consultas médicas e/ou exames complementares de diagnóstico. Autorizo igualmente a recolha de dados pessoais para efeitos de faturação. Para estes efeitos, os dados poderão ser partilhados com terceiros, designadamente a plataforma clínica iMed, laboratórios de anatomia-patológica ou outros parceiros clínicos ou laboratoriais. A recolha e partilha de dados respeita a Política de Privacidade disponível para consulta nesta clínica e no “site” da web, em www.pinacabral.com.

Data: ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura do utente (ou do seu responsável)

Declaro que o utente/doente recebeu toda a informação considerada essencial para o seu devido esclarecimento relativamente ao exame. Houve total disponibilidade para responder às eventuais questões antes do exame endoscópico e foram-lhe transmitidos os cuidados e sinais de alerta após o mesmo.

Nome do médico / cédula profissional : _____

Data: ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura do Médico executante