

Termo de Consentimento

Eu, _____,
portador do RG: _____ estou ciente dos riscos que, embora pouco comuns, são passíveis de ocorrer durante o exame de endoscopia diagnóstica ou terapêutica ou colonoscopia e sobre os quais me foi explicado pelo Dr. Roberto Maurício O. Ayres, CRM 76901, e que incluem, entre outros:

1. riscos da sedação (apnéia);
2. arritmias cardíacas;
3. reações anafiláticas;
4. aspiração;
5. pneumonia;
6. perfuração de esôfago, estômago ou duodeno;
7. perfuração de cólon;
8. infecção;
9. enfisema pleural;
10. derrame pleural;
11. abscesso a distância;
12. sangramento;
13. colangite;
14. pancreatite;
15. lesão de baço.

Tais complicações podem resultar em tratamento cirúrgico, internação hospitalar e, até mesmo, óbito.

_____, _____

Local e data

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Testemunha ou responsável pelo paciente _____

RG: _____

Médico: _____