



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 conseqüente 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 Cansação de Souza** bem como a **Dra. Cynthia Maria Moura Sarmiento** 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