



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
REALIZAÇÃO DE VIDEODEGLUTOGRAMA E RX DE ESOFAGO,
ESTOMAGO E DUODENO**

Atend. _____

Pront. _____

Paciente _____ Data de Nasc. ____/____/____ Idade _____

Religião _____ Tel. _____ Sexo _____

Estado Civil _____ Médico resp. _____ Tel. _____

Naturalidade: _____ Grau de escolaridade _____

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ Cep _____ Profissão _____

Responsável _____ Convênio _____

Observação _____

1. O exame de Videodeglutograma e RX de Esôfago, Estômago e Duodeno (EED) são métodos radiológicos que necessitam do uso de contraste a base de Sulfato de Bário para sua realização. O sulfato de bário é um material radiopaco inerte que não é absorvido ou metabolizado pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado totalmente do corpo pelas fezes.

2. O uso deste medicamento não produz efeitos farmacológicos, no entanto, são contraindicados no caso de suspeita ou obstrução do cólon e perfuração do trato gastrointestinal.

3. São reações adversas de incidência frequente: Constipação, câimbra abdominal e diarreia. E, de incidência pouco frequente: apendicite, impactação fecal (fecaloma) e reações alérgicas atribuídas aos componentes da suspensão de sulfato de bário (Sacarina sódica, Ciclamato de sódio, Essência de framboesa, Glicocola, Sorbitol 70%, Goma xantana, Metilparabeno, Propilparabeno, Água purificada).

4. Caso haja alergia ou hipersensibilidade ao Sulfato de Bário informar ao profissional responsável pelo exame. Aos pacientes com risco de broncoaspiração durante o exame poderá ser necessário a realização do procedimento de aspiração de vias aéreas, com o objetivo de remover o contraste aspirado da traqueia e/ou faringolaringe. Os efeitos deletérios deste procedimento são: hipoxemia, resposta vasovagal gerando hipotensão ou arritmia cardíaca e trauma na mucosa.

5. É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica. Estando ciente dos riscos deste procedimento, sendo eles: inflamação no local da aplicação, pequenos hematomas (manchas roxas), manchas na pele (caso haja exposição ao sol), sangramento ou hematomas maiores (no caso de uso de medicações anticoagulantes ou antiplaquetária). Se o local da aplicação ficar vermelho, inchado ou quente procure atendimento médico.

Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus – COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

6. Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de questionar condutas com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto. () Paciente () Responsável



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
REALIZAÇÃO DE VIDEODEGLUTOGRAMA E RX DE ESOFAGO,
ESTOMAGO E DUODENO**

Atend. _____

Pront. _____

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de questionar condutas com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG nº: _____

São Paulo ___/___/____ Hora:___:___

PREENCHIMENTO PROFISSIONAL:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Profissional: _____ Assinatura: _____ Nº Conselho: _____