|  |
| --- |
| *(colar vinheta ou preencher informações)*Nome: Data de Nascimento: Processo n.º: Contacto:  |

[*LOGO DA INSTITUIÇÃO*]

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE

Nos termos da norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

***ENTEROSCOPIA***

|  |
| --- |
| **1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:** |
|   |

|  |
| --- |
| **2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** |
| A enteroscopia profunda assistida por dispositivo é um procedimento endoscópico que permite a exploração do intestino delgado, maioritariamente inacessível à endoscopia digestiva alta e à colonoscopia.Na enteroscopia, um aparelho similar ao endoscópio, mas mais longo (cerca de 2 metros) - designado enteroscópio - é introduzido através da boca (via anterógrada) ou do ânus (via retrógrada) para diagnóstico/tratamento de lesões do intestino delgado. Existem dois tipos de enteroscopia: 1-Enteroscopia assistida por balão, em que o enteroscópio desliza dentro de um tubo (*overtube*) e está ligado a um ou dois balões insufláveis (enteroscopia de mono e duplo balão, respetivamente). A insuflação/ desinsuflação dos balões permite a progressão controlada do enteroscópio ao longo do intestino delgado. 2- Enteroscopia espiral motorizada, em que o enteroscópio progride graças à rotação de um *overtube* com espiral que engloba a extremidade do enteroscópio. O procedimento é realizado com o doente sob sedação profunda e tem habitualmente a duração de 1 a 2 horas, dependendo da maior ou menor velocidade de progressão ao longo do intestino delgado e da necessidade de efetuar técnicas adicionais. Na grande maioria dos casos não é necessário internamento após o exame, contudo, como o procedimento é feito sob sedação / anestesia, o doente deve fazer-se acompanhar por alguém que lhe possa prestar auxílio e conduzi-lo a casa.Durante o procedimento poderão ser realizadas diferentes técnicas, que podem aumentar o tempo do procedimento e o risco de complicações, como por exemplo: biópsias endoscópicas (colheita de pequenos fragmentos com uma pinça para proceder a análise histológica); polipectomias / mucosectomias (remoção de pólipos); dilatação endoscópica de estenoses; colocação de próteses; injeção de fármacos, aplicação de clips, *endoloops* ou árgon-plasma; remoção de corpos estranhos; tatuagem. |

|  |
| --- |
| **3. Benefícios:** |
| Diagnóstico e/ou tratamento das doenças do intestino delgado, com consequente melhoria clínica ou impedindo a sua progressão e complicações associadas, quando efetuado tratamento, ou permitindo a orientação para o tratamento mais adequado. |

|  |
| --- |
| **4. Riscos graves e riscos frequentes:** |
| A realização da enteroscopia comporta alguns riscos relativamente frequentes, que incluem, além de outros, dor ou desconforto abdominal, náusea e/ou vómitos após o exame. *Complicações raras*: hemorragia (incidência estimada de 8/1000, habitualmente de baixo débito e autolimitada); perfuração (frequência estimada de 3-5/1000, podendo condicionar necessidade de cirurgia; pancreatite (frequência estimada de cerca de 3/1000, geralmente com necessidade de internamento; infeção, com eventual necessidade de antibioterapia e/ou internamento. *Complicações muito raras*: hemoperitoneu (raríssimos casos em doentes com cirurgia abdominal prévia); reações alérgicas ou tóxicas à medicação administrada, raramente graves; outras: enfarte agudo miocárdio, alterações respiratórias, acidente vascular cerebral, agudização de doença pré-existente, morte como resultado de complicações relacionadas com o procedimento (extremamente rara). Algumas destas complicações podem obrigar a repetição do procedimento, internamento ou cirurgia. |

|  |
| --- |
| **5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** |
| Em casos selecionados, poderão ser consideradas alternativas para avaliação do intestino delgado a Enteroscopia por Cápsula, Enterografia por Tomografia Computorizada (TC) ou Ressonância Magnética Nuclear (RMN), Estudos Contrastados ou Cirurgia. De acordo com os diferentes tipos de patologia, outras alternativas de tratamento de lesões poderão ser consideradas (ex.: tratamento farmacológico, angiográfico e/ou cirúrgico de lesões vasculares, remoção cirúrgica de corpos estranhos, tratamento cirúrgico de estenoses).  |

|  |
| --- |
| **6. Riscos de não tratamento:** |
| Diagnóstico ou tratamento inadequado de doenças do intestino delgado, podendo levar à sua progressão e ao desenvolvimento de complicações potencialmente graves. |

Compreendo que não há completa garantia quanto aos resultados do procedimento. Declaro que fui informado de que os dados referentes ao meu caso clínico serão arquivados num ficheiro informático e poderão ser utilizados para fins científicos e pedagógicos.

|  |
| --- |
| Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.Nome legível do profissional de saúde: Data: Cédula Profissional ou Número Mecanográfico N.º: Contacto Institucional: Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **À Pessoa/Representante Legal**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.* *Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.**Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*Nome: Data: Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE *(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)*Nome: Doc. de Identificação N.º: Validade: Grau de parentesco ou tipo de representação: Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |