|  |
| --- |
| *(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 POR CÁPSULA**

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

|  |
| --- |
| **2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** |
| ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ou VÍDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA é um método de diagnóstico que consiste na observação do intestino delgado através de uma pequena cápsula com uma câmara incorporada. A cápsula é deglutida e transmite as imagens para um registador (geralmente colocado na cinta do doente), à medida que percorre o intestino delgado, capturando várias imagens por segundo durante o tempo de gravação. As imagens são posteriormente descarregadas para um computador e observadas por um médico gastrenterologista, ou interno da especialidade de Gastrenterologia tutelado por especialista. Como na maioria dos modelos utilizados a cápsula é desperdiçada nas fezes, não é necessária a sua recolha, salvo indicação contrária. O exame não requer anestesia e o movimento da cápsula ao longo do tubo digestivo não é perceptível, sendo possível retomar a maioria das atividades diárias no decorrer do exame. Pontualmente, se não se verificar adequada passagem da cápsula para o duodeno (geralmente no prazo de 30-90 minutos) pode ser necessária a administração de medicação oral ou endovenosa e/ou a colocação da cápsula no duodeno por endoscopia digestiva alta. Serão dadas indicações sobre quando retomar a ingestão de líquidos e sólidos (geralmente algumas horas após a ingestão da cápsula)  |

|  |
| --- |
| **3. Benefícios:** |
| A cápsula endoscópica é o exame de primeira linha para avaliar as alterações da mucosa do intestino delgado. Pode permitir o diagnóstico em casos de anemia ou hemorragia digestiva, doença inflamatória intestinal ou outras doenças dificilmente detectadas por outros exames, como tumores do intestino delgado. |

|  |
| --- |
| **4. Riscos graves e riscos frequentes:** |
| A realização da cápsula endoscópica é globalmente segura. Pode, no entanto, comportar alguns riscos, nomeadamente:- Retenção intestinal da cápsula: complicação rara (1/100) e geralmente associada a alterações do tubo digestivo (ex. Doença de Crohn estenosante, cirurgia intestinal, antecedentes de radioterapia na região abdominal). Na ausência de sintomas oclusivos e/ou evidência de “obstruções” (estenoses) a retenção da cápsula é rara.- Aspiração: complicação muito rara (<1/1000), podendo ocorrer passagem da cápsula para a traqueia durante o processo de deglutição.- Risco de não ser detectada patologia existente, dado que podem existir áreas “cegas” à passagem da cápsula, bem como a possibilidade de não obter uma avaliação completa do intestino delgado por deficiente preparação intestinal, ou por a cápsula não alcançar o cólon durante o período de captação das imagens. Poderão ainda ocorrer falhas técnicas que inviabilizem a leitura parcial ou completa do exame.Algumas destas complicações podem obrigar a realização de exame endoscópico invasivo (endoscopia ou enteroscopia), cirurgia, internamento e/ou repetição da cápsula endoscópica. |

|  |
| --- |
| **5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** |
| São alternativas à cápsula endoscópica o estudo do intestino delgado por outros métodos como a Enterografia por Tomografia Computorizada (Entero-TC) ou Ressonância Magnética Nuclear (Entero-RMN), no entanto a sensibilidade na identificação de lesões da mucosa poderá ser limitada. A possibilidade de realização de uma enteroscopia invasiva (de impulsão, mono/duplo balão, sistema espiral ou enteroscopia intra-operatória) poderá ser considerada.  |

|  |
| --- |
| **6. Riscos de não tratamento:** |
| Na ausência de estudo por cápsula endoscópica poderão não ser diagnosticadas e tratadas atempadamente lesões do intestino delgado, com risco de progressão da doença e agravamento do prognóstico. |

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: 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |