# TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A VIDEONASOSCOPIA/ VIDE LARINGOSCOPIA/ VIDEONASOLARINGOSCOPIA

TCC
ABORL-CCF
Nº 13

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos ao procedimento de Videonasoscopia/Videolaringoscopia/Videonasolaringoscopia – Endoscópios rígido/ flexível que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informar ao paciente os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnosticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes referentes às propostas diagnósticas e terapêuticas por ele expressadas, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos pacientes devem conhecer a respeito do procedimento ora proposto.

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

RG nº: _____

Representante Legal: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234**

Data da realização do procedimento: ____/____/20_____

## PROCEDIMENTO:

- Videonasoscopia/Videolaringoscopia/Videonasolaringoscopia
- Endoscópios rígido/flexível
- Inspeção da via aérea superior: nariz, boca, rinofaringe, orofaringe e laringe.
- Com ou sem biopsia, fotografia, filmagem, remoção de pólipos ou injeção de tratamento.
- Biopsia será retida para análise anatomopatológica.

## DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO:

**Você tem o direito de mudar de ideia a qualquer momento, mesmo após você ter lido este formulário.**

**Eu recebi, li, discuti e entendi as informações colocadas neste formulário incluindo todos os benefícios e algum risco potencial.**

**Eu concordo** com o procedimento que envolve a passagem de um endoscópio pelo meu nariz ou pela minha boca, podendo assim o médico realizar meu exame.

**Eu entendo** que o médico que irá realizar este procedimento tem experiência para realizar este exame.

**Eu compreendi** que esses procedimentos diagnósticos/terapêuticos são importantes para o meu tratamento, mas eu posso sentir algum desconforto, dor ou pequeno sangramento. Sei que, apesar de tais riscos, este procedimento é necessário para dar continuidade ao tratamento de minha doenç.

**Declaro** que fui informado de todas as informações, em linguagem dentro da minha compreensão, e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

**Declaro** que forneci todas informa□□es sobre o meu estado de sa□de, das doen□as possivelmente contagiosas, das medica□□es que sou al□rgico e medicamentos dos quais fa□o uso eventual e cont□nuo.

# TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A VIDEONASOSCOPIA/ VIDE LARINGOSCOPIA/ VIDEONASOLARINGOSCOPIA

TCC
ABORL-CCF
Nº 13

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Eu gostaria de ser submetido à:

**Anestesia local nasal e/ou garganta ( ) ou sedação (devo estar em jejum de 8 horas, entendo que raramente podem ocorrer reações à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento) ( )**

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: _____

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: _____

**Se o paciente tiver dúvidas por favor não assine este formulário. Você pode ler e depois tirar dúvidas com o seu médico futuramente antes da realização do exame/procedimento.**

Confirmação do consentimento (deve ser completado pelo médico assistente após o paciente ter assinado)
Eu confirmo que o paciente/responsável entendeu o procedimento e seus benefícios e possível riscos.
Eu confirmo que o endoscópio utilizado se encontra em condições para realização do procedimento.
Eu confirmo que o paciente/responsável não tem dúvidas e deseja que o exame/procedimento seja realizado. Em caso de dúvidas que o paciente julgar estranho ao procedimento, poderá entrar em contato com o consultório/serviço para esclarecimentos, por telefone, mensagem ou e-mail.

Assinatura do(a) Médico: _____
Qualificação (profissão): _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF:_____
RG nº: 33.768.962-3
CRM nº: 1234

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.