

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_,

quanto aos principais aspectos relacionados a **INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA** e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** tubo fino e flexível, curto ou longo, introduzido dentro do estômago ou intestino delgado, através do orifício nasal ou oral.

2) **Complicações e Riscos:** obter amostras para exames, drenar conteúdos gástrico para alívio das distensões abdominais, remoção de conteúdos indesejáveis, administração de dieta e/ ou medicamentos e controlar sangramentos, refluxo gástrico, pneumonias aspirativas, oclusão da sonda, diarreia, laceração da nasofaringe com sangramento local, que pode ser intenso, perfuração esofágica.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Assinatura

### TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## SONDA NASOGÁSTRICA E ENTÉRICA