



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, fui adequadamente orientado sobre o exame de colonoscopia pela equipe do Serviço de Endoscopia do Hospital Português, tendo lido ou ouvido atentamente as orientações para a realização do procedimento e concordo com a sua realização, autorizando o médico a realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que se revelem oportunamente necessários, incluindo biópsias e retirada de lesões planas ou deprimidas (mucosectomia) ou elevadas (polipectomia). Afirmando também que fui informado adequadamente sobre os riscos potenciais do exame e suas possíveis complicações, assim como também fui avisado sobre a necessidade de retornar para o meu domicílio acompanhado e não dirigir carros, operar máquinas ou fazer ingestão de bebidas alcoólicas até o dia seguinte à realização do exame.

Atenciosamente

Paciente ou Responsável Legal

Responsável pela Orientação do Paciente no
Serviço de Endoscopia

Salvador, ____ de _____ de _____.
