

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VIDEOCOLONOSCOPIA
(Deverá somente ser preenchido após leitura do texto explicativo do exame)**

PACIENTE: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** _____

IDENTIDADE: _____ **ÓRGÃO EXP:** _____ **DATA DA EXP:** ____/____/____

RESPONSÁVEL (EM CASO DE IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE)

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ **ORGÃO EXP.:** _____ **DATA DA EXP.:** ____ / ____ / ____

1. Estou ciente que vou realizar o exame especificado acima, solicitado pelo meu médico, portanto necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento do meu estado de saúde.
2. O exame que será realizado teve seus benefícios, riscos e complicações potenciais devidamente explicados pela equipe médica da Coloprev, diretor médico Dr. Felipe Santos Gomes CRM 52720526. Tive também a oportunidade de discutir o assunto de forma satisfatória.
3. Autorizo também, procedimentos adicionais, já explicados e discutidos, que venham a ser necessários durante o desenrolar do procedimento proposto.
4. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidade científica, obedecendo aos critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
5. Por tais razões, dou meu consentimento para realização do procedimento proposto. Entendi também, que a qualquer momento, antes que o exame se realize, poderei revogá-lo.
6. Declaro ter fornecido todas informações sobre meu estado de saúde, como alergias e medicações que faço uso, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção das mesmas.

Telefones para contato: (21) 2533-1311 / (21) 2532-0513.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Anestesista

Médico responsável

