

Termo de Consentimento



BRONCOSCOPIA **CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE SÃO CARLOS S/S** "Consentimento para realização de Broncoscopia (Diagnóstica e Terapêutica)".

Eu, _____ documento:
Nº. _____, estou ciente dos riscos, que embora pouco comuns, são passíveis de ocorrer durante o procedimento de broncoscopia, e que me foram explicados pelo corpo médico do CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE SÃO CARLOS S/S, e que incluem, entre outras:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Riscos da sedação (apneia) | 7. Infecção |
| 2. Arritmias cardíacas | 8. Enfisema pleural |
| 3. Reações anafiláticas | 9. Derrame pleural |
| 4. Aspiração | 10. Abscesso à distância |
| 5. Pneumonia | 11. Sangramento |
| 6. Perfuração de vias aéreas | |

Tais complicação podem resultar em tratamento cirúrgico ou internação hospitalar.

Paciente


Médico

Testemunha ou
Responsável pelo paciente: _____

_____/_____/_____
Data de nascimento do paciente

Data: ____/____/____

Centro de Endoscopia de São Carlos

Rua Paulino Botelho A. Sampaio, 573 • Pavilhão Conde do Pinhal • Santa Casa • São Carlos | SP
Fone | Fax: (16) 3372-3010 • (16) 3374-1608 • (16) 3509-1255 •  (16) 9 9242-6312
endoscopiasaocarlos.com.br