

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ANUSCOPIA DE MAGNIFICAÇÃO

Anuscopia: É um procedimento médico realizado com auxílio do colposcópio (lentes de aumento) para avaliação do canal anal, região perineal e região perianal. O objetivo principal do exame é a prevenção de doenças, inflamações, verrugas e lesões causadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Neste procedimento pode-se identificar a necessidade de realização de biópsias para complemento diagnóstico.

Para a realização da anuscopia, é necessário que o paciente não esteja com evacuações líquidas.

Procedimentos secundários: Durante o exame podem ser identificadas lesões que necessitam de intervenção diagnóstica complementar (biópsia), em que o material será coletado e enviados para análise histopatológica. A necessidade será avaliada durante o exame, seguindo o critério médico, sendo fundamental para saúde e segurança do paciente.

Riscos associados à realização do exame: Embora pouco frequentes, podem ocorrer complicações como sangramento, ardência local e, raramente, pode desencadear processo inflamatório, apesar do material utilizado ser específico, estéril e descartável. Em qualquer ato médico existem riscos inerentes ao procedimento, que não podem ser antecipadamente previstos.

Cuidados necessários após o exame: Poderão ocorrer cólicas, a depender da sensibilidade de cada paciente. Nestes casos pode-se utilizar um analgésico, previamente indicado pelo médico assistente. Nas biópsias da região externa é comum sentir sensibilidade local. Caso ocorra sangramento após a biópsia, utilizaremos uma pomada hemostática de consistência arenosa e escura.

Atenção: Avise o médico em caso de qualquer desconforto durante ou após o exame.

Declaro que recebi todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações às quais apresentei alergia, medicações de uso contínuo ou manutenção dessas medicações.

Declaro que recebi as orientações pré e pós-exame por meio de informativo digital e/ou no ato do agendamento.

Autorizo a continuidade do procedimento em casos de falhas no sistema de captura e gravação das imagens, e posterior liberação do resultado do exame somente com o laudo descritivo.

Tive a oportunidade de indicar e sanar todas as minhas dúvidas sobre o exame.

Estou ciente de que esta instituição possui ferramenta que disponibiliza o laudo deste exame em formato de vídeo, permitindo uma melhor visualização das imagens pelo médico e aprimorando o diagnóstico.

Estou ciente de que, se identificada a necessidade de realização de biópsia pelo médico assistente durante a execução do exame, fica sob minha responsabilidade ou do meu acompanhante retornar à recepção para inclusão do exame tão logo isto seja informado pela equipe médica, para complementação da autorização junto à Operadora de Saúde e/ou acerto de valores.

Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este consentimento, antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Recebi e compreendi completamente as informações acima apresentadas. Não tenho nenhum ponto adicional para destacar (eventuais ressalvas deverão ser anotadas por próprio punho no verso deste formulário). Dessa forma:

Autorizo **Não autorizo**

Autorização para utilização dos resultados em análises estatísticas:

Neste () autorizo / () não autorizo que os resultados dos meus exames de Anuscopia de Magnificação, desde que devidamente anonimizados, poderão ser utilizados pela instituição para eventuais análises estatísticas e atividades educacionais e científicas, respeitando-se a legislação correlata (Lei Geral de Proteção de Dados) e os termos do Código de Ética Médica.

Questionário - Anuscopia de Magnificação

Este questionário é obrigatório e deve ser preenchido por completo. São informações que auxiliarão a equipe médica na condução e análise de seu exame e de sua segurança. Tais informações permanecerão em sigilo médico.

QUESTIONÁRIO	Sim	Não
Já realizou este exame antes?		
Sabe qual foi o resultado do exame anterior? Se SIM, qual?		
Sabe por que seu exame foi solicitado? Se SIM, descreva o motivo:		
Está em tratamento ou controle de HPV? Se SIM, qual?		
É portador de alguma doença crônica? Se SIM, qual?		
Faz uso de anticoagulante?		
Tem histórico familiar de câncer anal?		
Possui histórico de alergia a algum medicamento ou anestésico? Se SIM, qual?		
Autoriza a realização de biópsia se necessário?		

Informações complementares (preenchimento pela equipe de Enfermagem, quando aplicável):

Curitiba, ____/____/20____. Hora: ____:____.

Nome legível do paciente: _____

CPF/MF: _____;

Assinatura do paciente

Nome legível do responsável: _____

Grau de parentesco: _____;

CPF/MF: _____;

Assinatura do responsável

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)