



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SOB ANESTESIA GERAL

Considerando o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente as informações sobre seu estado de saúde, eu (nome completo) \_\_\_\_\_,

RG e/ou CPF nº \_\_\_\_\_, e responsável pelo menor (nome completo) \_\_\_\_\_,

com \_\_\_\_\_ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado (a) sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento a que meu \_\_\_\_\_ vai se submeter, bem como sobre as suas eventuais complicações, que podem ocorrer em menos de 3% dos casos: perfuração, hemorragia, riscos da anestesia geral como parada respiratória, alterações do ritmo cardíaco, reação anafilática (alérgica), aspiração e pneumonia. Caso seja necessário, autorizo a tomada de providências para solucionar qualquer intercorrência em função do procedimento realizado.

Assim sendo, concordo em submetê-lo ao referido procedimento e, para tanto, assino o presente documento, firmando o presente, juntamente à testemunha abaixo, por ser esta a expressão livre e consciente de minha vontade.

Declaro que recebi por escrito as orientações para a realização do procedimento acima descrito.

---

Assinatura do paciente/responsável (\*)

---

Assinatura/CRM/carimbo do médico  
responsável pelo Termo de  
Consentimento