

**CONSENTIMENTO INFORMADO  
INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA/ENTÉRICA**

De acordo com os artigos 22 e 31 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019 e os artigos 6º, III e 39, IV da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que “garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.”

Na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, Eu, \_\_\_\_\_ Identidade  
nº: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_,

Autorizo o procedimento: **INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA/ENTÉRICA.**

**Definição:** Tubo fino e flexível, curto ou longo, introduzido dentro do estômago ou intestino delgado, através do orifício nasal ou oral.

**Indicação:** Obter amostras para exames, drenar conteúdos gástrico para alívio das distensões abdominais, remoção de conteúdos indesejáveis, administração de dieta e/ ou medicamentos e controlar sangramentos.

**Complicações:** Refluxo gástrico, pneumonias aspirativas, oclusão da sonda, diarreia, laceração da nasofaringe com sangramento local que pode ser intenso, perfuração esofágica.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.
2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.
3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.
4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável(\*)

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