



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, fui adequadamente orientado sobre o exame de gastrostomia endoscópica pela equipe do Serviço de Endoscopia do Hospital Português, tendo lido ou ouvido atentamente as orientações para a realização do procedimento e concordo com a sua realização, autorizando o médico a realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que se revelem oportunamente necessários. Afirmando também que fui informado adequadamente sobre os riscos potenciais do exame e suas possíveis complicações, assim como também orientado sobre os cuidados necessários com o tubo de gastrostomia e com a dieta via sonda de gastrostomia.

Atenciosamente

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Orientação do Paciente no  
Serviço de Endoscopia

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.