

Termo de Consentimento para Realização
de Endoscopia Digestiva



Clini
Colon

Eu entendo que serei submetido(a) a um procedimento de ENDOSCOPIA DIGESTIVA e estou ciente que:

1. A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ou esôfago - gastro - duodenoscopia) consiste na introdução de um aparelho pela boca até o estômago e Duodeno;
2. Para realização deste procedimento o médico poderá utilizar anestesia local (spray de anestésico na garganta) e/ou sedação endovenosa para tornar confortável o procedimento. Posso optar por não receber sedação endovenosa, mas estou ciente de que o exame tem grandes chances de não ser bem tolerado por mim, e pode haver necessidade de repeti-lo sob sedação para ser realizado de forma adequada.
3. Pode ser que seja necessário retirar durante o exame um pequeno fragmento (BIÓPSIA) para realização de exame complementar, e por esse motivo o resultado do exame pode demorar alguns dias.
4. Quando forem encontrados pólipos (que são lesões no interior do estômago, esôfago ou intestinos) poderá ser realizada retirada deles com equipamento específico. Este procedimento é chamado POLIPECTOMIA.
5. Pode ser necessária dilatação desses órgãos com equipamento específico para isso, em casos especiais.
6. A POLIPECTOMIA E A DILATAÇÃO são procedimentos cirúrgicos endoscópicos que compreendem risco bastante baixo de perfuração do órgão. Apesar de ser um risco pequeno, a gravidade é muito importante, e por esse motivo devo entrar em contato com o médico do SERVIÇO DE ENDOSCOPIA onde realizei o exame, ou com o meu médico o mais breve possível caso haja qualquer dúvida, dor ou desconforto importante mantida após o exame.
7. Complicações relativas aos procedimentos, como sangramento, infecção, complicações cárdio - pulmonares, incluindo aspiração do conteúdo gástrico para o pulmão, ritmo cardíaco anormal e depressão da função respiratória podem ocorrer, apesar de todos os cuidados e prevenção utilizados. Pode ser necessário tratamento especializado para isso. Sendo o paciente encaminhado aos setores de referência, Hospital Nossa Senhora dos Prazeres ou Hospital Tereza Ramos conforme convênios e disponibilidade de vagas.
8. Complicações locais após administração de medicações endovenosas para anestesia podem ocorrer, tais como hematomas (manchas roxas na pele), flebite (endurecimento e eventualmente dor na veia que foi puncionada). Pode ser necessário tratamento especializado para isso.
9. Outras complicações menos freqüentes podem ocorrer, além das mencionadas acima. No entanto, por serem tão raras não são habitualmente mencionadas para o paciente.
10. Devido à anatomia e à diferença de cada ser humano à resposta aos diversos tratamentos, não há como garantir que não haverá riscos ou complicações, conhecidas ou não, associadas a esse procedimento. Entendo, também, que como não há nenhum teste 100% capaz de encontrar lesões, há possibilidade, apesar de pequena, de falha desse exame, e podem ser necessários exames adicionais no futuro.
11. O SERVIÇO DE ENDOSCOPIA dispõe dos equipamentos e medicamentos para eventuais urgências.
12. Todo equipamento utilizado é limpo e/ou esterilizado de acordo com as normas internacionais vigentes.

13. Sou responsável por informar ao médico sobre tratamentos que venho realizando, uso atual de medicamentos, e eventuais alergias a produtos ou medicamentos que eu conheça.

14. Devo responder ao questionário abaixo da maneira mais correta possível, de acordo com meus conhecimentos:

a. Uso medicação para dormir ou anti- depressivos SIM NÃO NÃO SEI

Quais?

b. Tenho asma ou bronquite? SIM NÃO NÃO SEI

c. Tenho cirrose? SIM NÃO NÃO SEI

d. Tenho pressão alta? SIM NÃO NÃO SEI Toma remédio para isso?

Qual? _____

e. Sou fumante? SIM NÃO Quantos cigarros por dia? _____

f. Tenho diabetes? SIM NÃO Tomei o remédio hoje? _____

g. Alguma vez já tive sangramento no intestino? SIM NÃO

h. Estou usando remédio para intestino? SIM NÃO Qual? _____

i. Quais remédios eu tomo diariamente? _____

j. Já tive alguma vez desmaio sem causa conhecida? SIM NÃO

k. Tenho ou já tive convulsão? SIM NÃO

l. Já tive derrame? SIM NÃO

m. Já tive enfarto? SIM NÃO

n. Já fez este exame antes? SIM NÃO Porque teve que fazer? _____

Qual o resultado do seu exame anterior? _____

o. Por que seu médico pediu para você fazer este exame? _____

p. Em sua família (pais, filhos e irmãos) existe algum caso de câncer no estômago ou esôfago?

q. Já fez cirurgia no estômago/esôfago? SIM NÃO Porquê? _____

Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento e autorizo a realização do procedimento acima mencionado. Sei que ainda posso recusar a realização do exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento

Recebi as " INSTRUÇÕES APÓS EXAME " .

Li todas as instruções desse documento

Todas as questões me foram esclarecidas

Nome e assinatura Paciente

Data do exame: ____/____/____