UniProcto & Gastroenterologia

PREPARO PARA ENDOSCOPIA - MANHÃ

Paciente:_____

Dia: _____/_____/_____ Horário: _____ Médica (o):_____

- Comparecer em jejum de alimentos sólidos por, no mínimo, 10 horas;
- É permitido tomar água, água de coco, chá e isotônico **SOMENTE** até 3 horas antes do exame, desde que seja de tonalidade clara ou incolores. Após este período, **NEM ÁGUA**.
- Chegar com antecedência de 20 minutos, para realizar as burocracias do atendimento;
- Não tomar nenhum medicamento na manhã do exame. Não fazer uso de insulina ou hipoglicemiantes orais (metformina, glicazida, etc.) a partir da noite anterior ao exame. Recomenda-se trazer as medicações de uso obrigatório, como por exemplo, pressão alta e diabetes, para que possa tomá-las após o exame;
- Não ingerir antiácidos na véspera do exame;
- Recomenda-se às mulheres não virem de salto alto e nem de unhas pintadas com esmalte de cor escura;
- O exame dura cerca de 10 a 15 minutos e você ficará em observação por aproximadamente 30 minutos após o exame;
- **Comparecer ao exame acompanhado por pessoa adulta capaz. O exame não será realizado sem o acompanhante, a não ser que você opte a fazer o exame sem sedação;**
- No dia do exame, trazer o pedido médico original, a autorização do convênio (caso tenha sido orientado pela secretária), carteira do convênio, documento de identificação com foto e os exames endoscópicos anteriores, caso já tenha realizado;
- Deixar pertences pessoais e de valor com o acompanhante, antes do exame, pois a clínica não se responsabilizará pelos mesmos;
- Pacientes com alergia a látex, favor informar à clínica, com antecedência.

Caso não possa comparecer, favor desmarcar com, pelo menos, 12h de antecedência.

RECOMENDAÇÕES PÓS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

1- Sua garganta poderá ficar um pouco desconfortável e você pode sentir necessidade de arrotar em virtude dos gases que foram introduzidos no seu estômago durante o exame. Se receber sedativos para a realização do exame, o seu acompanhante deverá levá-lo para casa (mesmo acordado e disposto, o seu raciocínio e reflexos podem ficar prejudicados **não sendo possível dirigir ou operar máquinas** pelo resto do dia). Além do efeito calmante e hipnótico (sono), o sedativo costuma causar **amnésia**, portanto é comum não se lembrar do que ocorreu após a realização do exame e de alguns episódios ao longo das horas seguintes. Você pode comer normalmente após o exame, só devendo aguardar que a anestesia da garganta perca o efeito para não correr o risco de engasgar.

2 - O desconforto mais comum após o exame é uma sensação de inchaço (como se estivesse afrontado ou mesmo uma dor na região do estômago), como resultado do ar introduzido durante o exame. Tal sintoma geralmente desaparece rapidamente. Caso não melhore, fazer uso dos medicamentos: **Dimeticona (40 gotas)** e **Buscopan Composto (40 gotas).** Se seja alérgico à dipirona, tomar buscopan simples **(hioscina)**. Apresentando náuseas e vômitos, tomar um comprimido de **Plasil ou Dramin.** Se esses sintomas não melhorarem com tais medicações, a orientação é procurar o pronto socorro mais próximo, levar o resultado da endoscopia, para ser avaliado por um médico.

3 - Os medicamentos injetados (sedativos) podem causar irritação na veia, com vermelhidão, inchaço ou desconforto. Pode também aparecer hematoma (roxidão) no local da punção venosa. Nesses casos, fazer compressas com água morna e passar o medicamento TROMBOFOB (gel) no local, 2 a 3 vezes ao dia, até a melhora, que poderá levar alguns dias.

4 - **PACIENTES AMAMENTANDO:** Depois do exame, recomenda-se a retirada completa do leite materno acumulado nos seios nas 6 (seis) horas seguintes à endoscopia. A retirada do leite poderá ser feita com auxílio de bombinha. Depois disso, a amamentação pode ser efetuada normalmente.

TERMO DE CONSENTIMENTO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Eu, _____

RG:_____CPF: _____,

Recebi e li este informativo sobre o procedimento denominado ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. Compreendo que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biopsias ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 10 horas antes do exame, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.

Sei que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa e anestesia da garganta com um spray de lidocaína, visando reduzir ou abolir os reflexos de vômitos.

Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.

Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raramente podem ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.

Eu compreendi que durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biopsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos com uso de bisturi elétrico ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

Sei que esses procedimentos terapêuticos são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramentos e perfurações. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência e, apesar de muito raro, risco de morte podem se fazer presentes.

Sei que, apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.

Sei que, em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento, poderei entrar em contato com a Clínica Uniprocto & Gastro, pelo telefone 3361-2100 ou procurar o Serviço de Emergência mais próximo, levando o laudo do exame realizado.

Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr(a). _____CRM/DF _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Brasília, _____/_____/_____.

Nome legível do paciente: _____

Assinatura (Paciente e/ou Responsável): _____

Nome legível da testemunha: _____

Assinatura (testemunha):_____

UniProcto & Gastroenterologia

Nome do paciente:_____

Data Nascimento____/____/_____**Idade**:_____**Convênio**:_____

Nome do acompanhante: _____

Telefone do acompanhante: _____

Indicação do exame: _____

Qual exame fará **hoje**?	☐Colonoscopia ☐Endoscopia		
Você já fez no **passado**?	☐Colonoscopia ☐Endoscopia ☐**NENHUM** dos dois!		
Já teve algum problema com anestesia/sedação?	NÃO	SIM	Se SIM, o que?
Diabetes?	NÃO	SIM	Se SIM, qual tipo? ☐Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐Pré
Doença pulmonar? (**asma**, bronquite, enfisema)	NÃO	SIM	Se SIM, ☐ ASMA, ☐outra
Pressão alta?	NÃO	SIM	Mesmo que controlada com medicação
Doença cardíaca?	NÃO	SIM	☐ Infarto, ☐ Arritmia, ☐Marcapasso, ☐ICC, ☐outra
Problema de tireóide?	NÃO	SIM	☐Hipo (baixo) ☐Hiper (alto) ☐Não sei explicar
Alguma outra doença?	NÃO	SIM	Quais?
Alergia a medicamento?	NÃO	SIM	Se SIM, quais?
Alergia a LÁTEX?	NÃO	SIM	
Fuma?	NÃO	SIM	Quantos cigarros por dia? Há quantos anos?
Usa prótese dentária **móvel**?	NÃO	SIM	Se prótese **móvel**, retirar antes do exame!
Já fez alguma cirurgia?	NÃO	SIM	Se sim, quais?
Usa quais medicações?			
			☺

Quando foi a sua última refeição?
SÓLIDOS: DATA____/____/____HORA:_____

LÍQUIDOS: DATA____/____/____HORA: _____

_____
Assinatura do paciente

Para realização do exame é FUNDAMENTAL 8h de jejum para sólidos, podendo líquidos claros (apenas água, chá e isotôncios) até 2h antes do exame, a fim de trazer SEGURANÇA ao procedimento.

USO INTERNO:
Médico (a):_____Sala:_____Repouso: _____

ATESTADO:

☐Paciente precisa de atestado ☐Acompanhante precisa de atestado

Nome Acompanhante:_____

HISTOPATOLOGICO

☐Laboratório Brasiliense **Convênio** ☐Paciente vai levar

☐Laboratório Brasiliense **Particular** Quantidade de Frasco:_____ Téc. Resp.:_____

LIBERAÇÃO MÉDICA:
☐Sem intercorrências ☐Outros: _____ v.10

SGA/SUL 616 Conjunto A Bloco C Loja 01 SE, Centro Clínico Linea Vitta - Asa Sul - Brasília - DF - CEP 70200-760 - Fone: (61) 3361-2100
www.uniproctoegastro.com.br administracao@uniproctoegastro.com.br

End	+Bps	+Plc

Cln	Nda	+Plc	+Bps