

PREPARO PARA VIDEOCOLONOSCOPIA SOB SEDAÇÃO

TARDE

Paciente: _____

Dia anterior: ____/____/____

- **Café da manhã, lanche da manhã, lanche da tarde:** Água, chás claros, água de coco, gatorade (de cores claras), biscoito de água e sal, torrada sem manteiga, gelatina, geleia (de cores claras);
- **Almoço:** Arroz branco; carne de peixe ou de frango grelhada e sem pele; macarrão sem molho e sem legumes; canja de galinha sem legumes;
- **Jantar e ceia:** Água, chás claros, água de coco, gatorade (de cores claras), biscoito de água e sal, torrada sem manteiga, gelatina, geleia (de cores claras);
- **ATENÇÃO: Não ingerir alimentos com resíduos como fibras, farelos, granola, vegetais, legumes e frutas.**
- **Às 20h:** Tomar 02 comprimidos de Dulcolax;

Dia do exame: ____/____/____ às ____: ____ Dr. (a) _____

- **Às 07h da manhã** – Tomar 01 comprimido de Vonau Flash 4mg **ou** Plasil 10mg **ou** Dramin 100mg para evitar enjoos ao tomar o laxante. **Pessoas com maior tendência a enjoos e vômitos devem optar por tomar 2 comprimidos de Vonau Flash 4mg.** Também é possível associar as medicações (por exemplo, se após tomar o Plasil 10mg o enjoo persistir, tomar 2 comprimidos de Vonau Flash 4mg **ou** um comprimido de Dramin 100mg).
- **Às 08h da manhã**– Adicionar 02 frascos de 120 ml de Lactulose (Farlac, Lactulona) ou 1 frasco de Duphalac (200ml) em 500 ml de limonada coada sem açúcar ou gatorade de limão e tomar 01 copo (+/- 200 ml – EM CASA), a cada 10 minutos;
- **Não é permitido se alimentar no dia do exame. Apenas fazer ingestão de água, chás claros, água de coco e gatorade de cor clara, até 02 horas antes do horário marcado para o exame. Após este horário, jejum absoluto, NEM ÁGUA.**
- O exame só será realizado se o paciente apresentar-se com acompanhante maior de idade;
- **Suspender o uso de anti-inflamatórios não hormonais (como Cataflan®, Voltaren®, Inflamene®, Celebra®, Feldene®, Tandrilax®, Nisulid®), anticoagulantes e antiagregantes plaquetários (como AAS/Acido Acetil Salicílico, Somalgin® Clopidogrel®, Plavix®, Ticlopidina®, Ticlid®, Warfarin®, Coumadin®, Marcoumar®, Marevan®), 07 dias antes do exame, pois os mesmos interferem nos mecanismos de coagulação;**
- **Pacientes com alergia a látex, favor informar à Clínica, com antecedência;**
- A diarreia é normal durante o preparo. Em caso de cólicas fortes ou distensão abdominal exagerada, suspender o preparo, entrar em contato conosco ou procurar a emergência hospitalar mais próxima;
- Trazer exame de colonoscopia anterior se houver;
- Retirar todos os metais antes de vir para o exame (ex.: aliança, colar, relógio, etc.);
- **Retirar esmaltes das unhas das mãos, pois dificultam a leitura dos parâmetros de oxigenação sanguínea durante o exame pelo oxímetro de pulso conectado ao dedo.**
- Comparecer 15 minutos antes do horário marcado com a autorização do convênio, caso tenha sido solicitado.
- Em caso de agendamento PARTICULAR, se houver retirada de pólipos, será cobrado um valor a parte, além do valor do exame, por se tratar de um procedimento extra, o qual será informado pela recepção.

Informamos que as orientações acima são essenciais, para a realização do exame.

Caso não possa comparecer no dia marcado, procure remarcar com 48 horas de antecedência.

ORIENTAÇÕES PÓS COLONOSCOPIA SOB SEDAÇÃO

- 1- O paciente deverá permanecer de repouso nas próximas 12 horas;
- 2- Deverá permanecer um acompanhante maior de idade durante o período pós-exame para atender o paciente no que for necessário;
- 3- O paciente deverá alimentar-se com refeições leves nas próximas 18 horas: sopas, canja de galinha, verduras cozidas, frutas, torradas com geléia, arroz branco, macarrão ao alho e óleo, carne branca e, principalmente, ingerir líquidos para se reidratar: água; água de coco ou “Gatorade”, AO MENOS 08 A 10 COPOS nas próximas 18 horas;
- 4 - O paciente, nas próximas 18 horas, não deverá operar máquinas (mesmo as domésticas como faca elétrica, multiprocessadores, etc.), dirigir automóveis ou motocicletas, andar de bicicleta, manipular fogo, lavar louças ou vidro, facas ou lâminas e nem exercer qualquer atividade que exija atenção, sob o risco de acidentarse. Não sair de casa desacompanhado; subir escadas; etc;
- 5- Caso haja, nas próximas 72 horas, sonolência em excesso, desmaio, dificuldade em respirar, vômitos ou tremores, dor abdominal, febre, distensão abdominal excessiva com ou sem dificuldade em evacuar e eliminar gases ou sangramento retal, entrar em contato com o médico assistente ou levar o paciente ao serviço de emergência hospitalar mais próximo, **IMEDIATAMENTE!**

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA

A videocolonosopia é um exame endoscópico realizado através de um equipamento que chega até o interior do intestino através do ânus.

É um exame muito importante, destinado ao diagnóstico das doenças do final do intestino delgado, do intestino grosso e do reto. Além disso, permite a prevenção do câncer do intestino grosso e do reto, por meio da retirada de lesões que podem crescer sem causar sintomas e se tornar malignas.

Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame, de acordo com o que for encontrado, como biopsias (retirada de fragmentos da mucosa intestinal), polipectomias (retirada de pólipos), mucosectomias (retirada fragmentos maiores da mucosa), injeção de substâncias (corantes) ou cauterizações (controle de sangramentos). No caso de retirada de qualquer material, este será encaminhado para estudo histopatológico (biópsia), em laboratório especializado.

Apesar dos inúmeros benefícios, há um pequeno risco de complicações como sangramento, infecção, ulceração, estreitamento ou perfuração do intestino. Isso pode ocorrer em menos de 0,1% dos casos (1 em cada mil exames). Embora pouco frequentes, estas complicações podem ser sérias e o paciente pode necessitar de transfusão sanguínea, hospitalização ou cirurgia de urgência.

Para realização do exame, é necessário um preparo (limpeza) do intestino. Os pacientes deverão realizá-lo em casa, sempre acompanhados por pessoa adulta. A hidratação oral é muito importante antes e durante o preparo para evitar a ocorrência de desidratação ou hipotensão arterial. Em caso de vômitos recorrentes e/ou distensão do abdome importante, o paciente deve interromper o preparo, dirigir-se a um setor de atendimento de emergência mais próximo para avaliação e entrar em contato com a clínica. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob o risco de resultar em um preparo ruim. O preparo inadequado pode condicionar à suspensão do exame porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Antes do início do exame, é realizada sedação venosa pela administração de medicação sedativa. Ela é importante porque evita que o paciente tenha qualquer desconforto durante o exame. Por causa dela é OBRIGATÓRIA a presença de um acompanhante com paciente, pois o mesmo estará impossibilitado de dirigir (automóveis, bicicletas, etc) ou mesmo assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia. São raras as complicações associadas à sedação, mas pode ocorrer flebite (coloração avermelhada ou arroxeadada no local da punção venosa), reação alérgica à medicação ou problemas cardiorespiratórios. Estas complicações ocorrem em menos de 0,1% dos casos (1 em cada 1.000 exames). Na Clínica UniProcto & Gastro, a sedação é realizada por um médico anestesista para aumentar ainda mais a segurança do exame. Além disso, possuímos toda a estrutura necessária para o manejo de potenciais complicações.

Se restarem dúvidas quanto ao procedimento, consulte o médico que realizará o seu exame. Ele poderá responder aos seus questionamentos sobre procedimento e palavras técnicas que porventura não tenha entendido. Ao entrar na sala de exame, informe todos os dados referentes à sua saúde, incluindo as medicações em uso e o histórico de reações alérgicas.

O objetivo deste documento é assegurar a dignidade da pessoa humana de pacientes e médicos, contribuindo para a boa-fé e a transparência dos procedimentos, bem como manter a qualidade da relação médico-paciente. Sua função principal é informar sobre os benefícios e, principalmente, sobre os riscos de complicações que estão envolvidos, sendo que há possibilidade de outras complicações que não estão necessariamente descritas no presente termo.

Eu, _____

ou seu responsável, Sr (a) _____, declaro que entendi bem os benefícios e os riscos mais frequentes da colonoscopia. A qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, posso revogar este consentimento, antes da realização do procedimento. Tenho ciência que os procedimentos caracterizados como urgência ou emergência (em situações de risco de vida) serão realizados a critério médico, em meu benefício, ficando desde já autorizados.

Brasília, ____/____/____.

Assinatura por extenso do paciente ou responsável

RG: _____

Este termo de consentimento foi redigido baseado nas recomendações da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS DURANTE A PANDEMIA POR CORONAVIRUS

Nome do paciente: _____ Telefone: _____

Data do Exame: ____/____/____

Nome do acompanhante: _____ Telefone do acompanhante: _____

_____ Médico Solicitante: _____

Médico Responsável: _____

1. Declaro que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre, (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.
2. Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias.
3. Declaro que fui orientado e compreendi, que estou sendo submetido (a) a procedimento endoscópico no período da pandemia pelo COVID e mesmo seguindo todas as normatizações exigidas ou sugeridas pelas entidades médicas, não estou isento da contaminação durante o exame.
4. Declaro que se apresentar febre (>37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza nos próximos 14 dias, entrarei em contato com o Serviço de Endoscopia no qual realizei o PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO.
5. Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva e me responsabilizo pelas informações acima prestadas.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações em linguagem clara e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas.

Assinatura (paciente)

Assinatura (acompanhante)

Em caso de paciente hospitalizado em outra unidade hospitalar encaminhado para **PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO**: Declaro que me responsabilizarei pela transmissão correta destas informações ao paciente acima referido e possuo condições de dar prosseguimento ao tratamento clínico pós-procedimento endoscópico.

Nome legível e CRM

Assinatura e carimbo e Telefone

Nome do paciente: _____

Data Nascimento ____/____/____ Idade: _____ Convênio: _____

Nome do acompanhante: _____


Telefone do acompanhante: _____

Indicação do exame: _____

Qual exame fará hoje ?	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	
Você já fez no passado ?	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> NENHUM dos dois!
Já teve algum problema com anestesia/sedação?	NÃO	SIM	Se SIM, o que?
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes?	NÃO	SIM	Se SIM, qual tipo? <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Pré
<input type="checkbox"/> Doença pulmonar? (asma, bronquite, enfisema)	NÃO	SIM	Se SIM, <input type="checkbox"/> ASMA, <input type="checkbox"/> outra
<input type="checkbox"/> Pressão alta?	NÃO	SIM	Mesmo que controlada com medicação
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca?	NÃO	SIM	<input type="checkbox"/> Infarto, <input type="checkbox"/> Arritmia, <input type="checkbox"/> Marcapasso, <input type="checkbox"/> ICC, <input type="checkbox"/> outra
<input type="checkbox"/> Problema de tireóide?	NÃO	SIM	<input type="checkbox"/> Hipo (baixo) <input type="checkbox"/> Hiper (alto) <input type="checkbox"/> Não sei explicar
Alguma outra doença?	NÃO	SIM	Quais?
<input type="checkbox"/> 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 isotônicos) 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