

## 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;
- **Suspender o uso de Ozempic®, Rybelsus® ou qualquer outra SEMAGLUTIDA dez dias antes do exame. Suspender o uso de Victoza®, Saxenda® ou qualquer outra LIRAGLUTIDA cinco dias antes do 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.
2. Se receber sedativos para a realização do exame, o seu acompanhante deverá levá-lo para casa (apesar de acordado e disposto, o seu raciocínio e reflexos podem ficar prejudicados não recomendável dirigir ou operar máquinas pelo resto do dia. Além dos efeitos calmante e hipnótico (sono), o sedativo costuma causar **amnésia**, portanto é comum não se lembrar depois da realização do exame e de alguns episódios ao longo das horas seguintes.
3. 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.
4. Você poderá ainda apresentar dor no estômago após o exame ou sensação de inchaço (como se estivesse afrontado), como resultado do ar introduzido. Tal sintoma geralmente desaparece espontaneamente. Caso não melhore, pode-se fazer uso dos medicamentos: **Dimeticona / Simeticona (40 gotas)** e **Buscopan composto (40 gotas ou um comprimido)**. Caso seja alérgico à dipirona, pode-se usar buscopan simples (**hioscina**) ou **Buscopan plus**.
5. Caso apresente náuseas ou vômitos, tomar um comprimido de **Enavo, Plasil, Dramin**, ou **Vonau**; se esses sintomas não melhorarem com tais medicações, você deve procurar o pronto socorro mais próximo, levando o resultado da endoscopia para ser avaliado por um médico.
6. Os medicamentos injetados (sedativos) podem causar “irritação” na veia, como vermelhidão, inchaço ou desconforto. Pode também aparecer hematoma no local da punção venosa. Nesses casos, fazer compressas com água morna e passar o trombofob gel no local, 2 a 3 vezes ao dia, até a melhora que poderá levar alguns dias.
7. **PACIENTES AMAMENTANDO:** Depois do exame, recomenda-se a retirada completa do leite materno acumulado nos seios nas 6 (seis) horas seguintes à realização da endoscopia.. Depois disso, a amamentação pode ser efetuada normalmente.

ESTAMOS A DISPOSICÃO PARA OUTROS ESCLARECIMENTOS

**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 do paciente: \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Telefone do acompanhante: \_\_\_\_\_

Indicação do exame: \_\_\_\_\_

Qual exame fará <b>hoje</b> ?	<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Endoscopia
Você já fez no <b>passado</b> ?	<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> <b>NENHUM</b> dos dois!
Já teve algum problema com anestesia/sedação?	NÃO	SIM	Se SIM, o que?
<input checked="" type="radio"/> Diabetes?	NÃO	SIM	Se SIM, qual tipo? <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Pré
<input checked="" type="radio"/> 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 <b>móvel</b> ?	NÃO	SIM	Se prótese <b>móvel</b> , retirar antes do exame!
Já fez alguma cirurgia?	NÃO	SIM	Se sim, quais?
Usa quais medicações?			
<input type="checkbox"/>			

Quando foi a sua última refeição?

SÓLIDOS: DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

LÍQUIDOS: DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente

Para realização do exame é FUNDAMENTAL 10h 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