PREPARO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL

Vs 10/26

1 DIA ANTES DO EXAME (VÉSPERA)

Alimentação permitida:

- **Jantar:** faça uma refeição leve, dando preferência a alimentos como arroz branco, ovo cozido, frango ou peixe grelhado, batata cozida, macarrão sem molho, caldo coado, água, água de coco ou bebida isotônica.

NO DIA DO EXAME

NÃO ingerir:

- Leite ou derivado do leite (iogurtes, queijos, requeijão etc.).

a) **Exame agendado no turno da manhã:** é permitido ingerir líquidos claros e sem resíduos, como água, água de coco e bebida isotônica até 4 horas antes do horário agendado.

b) **Exame agendado no turno da tarde:** café da manhã leve, contendo apenas três torradas ou biscoitos água e sal, chá claro ou suco coado até 8 horas antes do horário marcado. É permitido ingerir líquidos claros sem resíduos, como água, água de coco e bebidas isotônicas, até 4 horas antes do horário agendado.

4 horas antes do exame: Iniciar JEJUM absoluto, inclusive de água.

2 horas antes do exame:

- Aplique 2 (duas) bisnagas de MINILAX® por via retal, com o paciente deitado de lado, preferencialmente sobre o lado esquerdo, respeitando um intervalo de 30 minutos entre as aplicações. Para aplicar, corte a ponta da cânula, introduza-a suavemente no reto e aperte a bisnaga até aplicar todo o conteúdo. Se possível, procure segurar a evacuação por 5 a 10 minutos. Se, após a aplicação da segunda bisnaga, o líquido eliminado ainda não estiver claro, poderá ser aplicada uma terceira bisnaga de MINILAX®.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Em caso de **alergia** comprovada **à látex,** o exame deverá ser realizado somente em ambiente hospitalar, portanto NÃO poderá ser realizado em nossa clínica.
- Caso tome algum medicamento **antiagregante plaquetário** ou **anticoagulante**, como, por exemplo, Eliquis®, Marevan®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlid®, Xarelto® e entre outros, **consulte o seu médico assistente** sobre a possibilidade de suspensão e o tempo necessário. AAS® e Aspirina® podem ser mantidos.
- Se for **diabético(a),** seu exame deverá ser agendado, **preferencialmente no turno da manhã,** e o(a) senhor(a) NÃO deverá tomar as medicações para diabetes no dia da realização do seu exame. Consulte seu médico sobre a possibilidade de suspender essa medicação.
- **Medicações para hipertensão, colesterol, asma ou bronquite, depressão ou ansiedade**, devem ser continuadas, mesmo no dia do exame.
- É obrigatório no dia do exame apresentar o pedido médico original, carteira do convênio e documento de identificação com foto. Não nos responsabilizamos por eventual restrição de seu plano de saúde na autorização de exames e procedimentos no dia do seu atendimento.
- Traga exames anteriores.

Caso apresente alguma dúvida relacionada ao exame ou ao seu preparo, comunique-se com um dos nossos atendentes no horário comercial, na unidade que irá realizar o seu exame. Eles o colocarão em contato, quando necessário, com um dos nossos médicos. Caso haja necessidade de falar com a equipe médica **após o horário comercial,** ligue para o nosso **telefone de emergência (21) 99924-6682.**

ORIENTAÇÕES PÓS EXAME

Após o exame, você poderá voltar a se alimentar normalmente.

Você também poderá voltar a tomar seus medicamentos de uso habitual. Se fizer uso de medicamento **antiagregante plaquetário** ou **anticoagulante,** consulte seu médico para saber quando poderá retomar o uso.

É comum sentir gases, cólicas ou algum desconforto abdominal após o exame. Isso pode acontecer devido à insuflação de ar utilizada durante o procedimento. Se necessário, você poderá usar um medicamento antiflatulento, como simeticona, para aliviar o excesso de gases.

Caso apresente algum outro sintoma ou tenha alguma dúvida, entre em contato com um de nossos atendentes durante o horário comercial. Se necessário, eles entrarão em contato com um de nossos médicos.

Após o horário comercial, caso seja necessário falar com a equipe médica, ligue para o nosso **telefone de emergência: (21) 99924-6682.**

SOBRE O RESULTADO DO EXAME

O laudo conterá todas as informações sobre o seu exame. É muito importante que você leve o resultado ao seu médico assistente.

Caso tenham sido realizadas biópsias ou retirada de pólipos, o material coletado será encaminhado para análise pelo laboratório de patologia parceiro, quando houver cobertura pelo seu plano de saúde.

As orientações para a retirada desse resultado complementar serão entregues junto com o protocolo de retirada do laudo. O prazo para liberação do resultado pode variar, sendo de aproximadamente 8 dias úteis.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade:_____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que a clínica Gastroendo explicou-me e eu entendi que será realizada uma Retossigmoidoscopia Flexível, indicada pelo médico assistente. Estou ciente de que este exame será realizado por meio de um tubo fino flexível (colonoscópio), que será introduzido pelo ânus do paciente. A visualização será realizada por um vídeo monitor da mucosa do reto e sigmóide.

A realização deste exame poderá trazer ao paciente os seguintes benefícios: diagnóstico preciso e precoce de várias doenças intestinais, além de permitir intervenções terapêuticas cirúrgicas, evitando assim em muitos casos a realização de cirurgia convencional.

Estou ciente dos riscos e/ ou complicações mais frequentes relacionados ao exame e ao seu preparo, inlcuindo: desidratação, hipotensão, dor e distensão abdominal, febre, bacteremia espontânea, sangramento e, em um percentual muito baixo, perfuração intestinal. Compreendi que estas e outras complicações podem necessitar de tratamento cirúrgico e/ ou de internação prolongada em um centro de terapia intensiva.

Compreendi que o exame pode não ser realizado ou ser interrompido antes da sua conclusão por dificuldades técnicas ou preparo inadequado deste segmento do cólon e que, em alguns casos, algumas pequenas lesões podem não ser detectadas.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações imprevistas, que possam ocorrer durante o presente procedimento, como polipectomias e/ ou mucosectomias, as quais necessitam de cuidados diferentes do proposto inicialmente.

Autorizo, também, a realização de fotos e/ ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidade científica, respeitando os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Declaro que estou satisfeito e compreendi as informações recebidas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando fiz, obtive respostas de maneira satisfatória. Tive a oportunidade de entrar em contato com um médico da equipe Gastroendo, por meio do(a) recepcionista ou pelo telefone de sobreaviso para informações adicionais. Entendi também que posso revogar este consentimento, sem dar nenhuma explicação, a qualquer momento, antes da realização do procedimento. Desta forma dou o meu consentimento para a realização deste procedimento.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____

_____

Paciente ou representante legal

_____ _____

Médico Testemunha