



Nome: \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

## PREPARO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA

### 1) DIETA:

No dia que antecede o exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a partir das 12h00, ingerir líquidos coados.

Exemplos: sucos, refrescos (naturais ou artificiais), caldos de legumes ou carnes. Também pode: água, chá, mate, geléia de mocotó ou gelatinas.

Não ingerir alimentos de cor vermelha, leite e derivados.

No dia do exame é permitido ingerir somente líquidos até no máximo 02 horas antes do exame. **Após nem mesmo água.**

### 2) MEDICAÇÃO:

No dia anterior à realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às 18h00.

Ingerir: 02 comprimidos de Dulcolax.

No dia do exame 02 horas antes, fazer aplicação de 01 frasco de Phosfoenema ou Fleet Enema, segundo instruções da bula, caso o retorno do líquido não estiver claro, aplicar outro frasco.

Observações:

Em caso de dúvida entre em contato com os telefones da GASTROENDO. Trazer pedido médico e documentos originais.

### ATENDIMENTO:

#### EMERGÊNCIA:

(21) 3214-6600 | e-mail: atendimento@gastroendo.com.br

(21) 99924-6682



## 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, incluindo: 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 mucossectomias, 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou seu representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura / carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Testemunha