

- **1 (um) dia antes do exame**

**Jantar:** a dieta precisa ser leve, à base de alimentos como arroz branco, ovo cozido, frango ou peixe grelhado, batata cozida, caldos de legumes ou carnes (alimentos cozidos, batidos no liquidificador e coados, não podendo conter resíduos), macarrão sem molho, água, água de coco ou bebidas isotônicas.

- **No dia do exame**

**a) Para exame agendado no turno da manhã:** é permitido ingerir líquidos claros sem resíduos, tais como água, água de coco e bebidas isotônicas, até 4 horas antes do horário agendado para exames, ou seja, 4 horas ANTES, iniciar o **JEJUM** absoluto, inclusive de água.

**b) Para exame agendado no turno da tarde:** o café da manhã deve ser restrito, com três torradas ou biscoitos água e sal, chás claros ou sucos coados até 8 horas antes do horário marcado. É permitido ingerir líquidos claros sem resíduos, tais como água, água de coco e bebidas isotônicas, até 4 horas antes do horário agendado para exames, ou seja, 4 horas ANTES, iniciar o **JEJUM** absoluto, inclusive de água.

NÃO é permitido ingerir: leite ou derivados do leite (iogurtes, queijos, requeijão etc).

## 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, Ticlid®, Plavix®, Marevan®, Xarelto® 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.
- Suspender **antiácidos líquidos** 24 horas antes do exame.
- Caso utilize **medicações que interfiram no esvaziamento gástrico**, como, por exemplo, Ozempic®, Rybelsus® e Trulicity®, devem ser suspensas 21 dias antes do exame. Victoza® e Saxenda® devem ser suspensos 48 horas antes 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 recentes, como endoscopia anterior, ultrassonografia, tomografia e exames de sangue.
- Respeitando critérios de segurança e as normas da legislação brasileira (RDC nº 6, de 10 de março de 2013), é obrigatório vir **acompanhado de uma pessoa maior de 18 anos** e capaz. **É proibido dirigir** e realizar tarefas laborais. Caso não possa vir acompanhado, o exame só poderá ser realizado sem sedação, apenas com anestesia tópica (spray) na garganta.

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**.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO  
DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

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

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Declaro que a clínica Gastroendo explicou-me, e eu entendi, que o paciente deverá se submeter a uma endoscopia digestiva alta, indicada pelo seu médico assistente. Estou ciente de que este exame será realizado através de um tubo fino flexível (endoscópio), que será introduzido pela boca do paciente, após sedação consciente e em alguns casos específicos sob sedação profunda, efetuada por um médico anestesiológico, com monitoração cardíaca e ventilatória, e permitirá a visualização em um vídeo monitor da mucosa do esôfago, estômago e duodeno. Caso o médico julgue necessário, serão realizadas biópsias para colher material para exame histopatológico e pesquisa da bactéria *Helicobacter pylori*.

A realização deste exame poderá trazer ao paciente os seguintes benefícios: diagnóstico preciso e precoce de várias alterações do trato gastrointestinal alto e tratamento por via endoscópica de algumas lesões, permitindo, em alguns casos, intervenção terapêutica, evitando a realização de cirurgia convencional com estas finalidades.

Estou ciente dos riscos e/ ou complicações relacionados ao exame, incluindo: distensão abdominal, febre, bacteremia espontânea e, muito raramente, perfuração de algum órgão. Compreendi que estas e outras complicações são raras, mas que podem necessitar de tratamento cirúrgico e/ ou de internação prolongada em um centro de terapia intensiva. Estou de acordo que, em alguns casos, o exame não pode ser realizado ou concluído.

Estou ciente, também, dos riscos e complicações relacionados à sedação, incluindo hipoxemia, hipoventilação e flebite.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, como biópsias e/ou polipectomias, que possam ocorrer durante a endoscopia digestiva, e que necessitem 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 as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória. Tive a oportunidade de entrar em contato com um médico da equipe da GASTROENDO, através do(a) recepcionista, para qualquer orientação adicional. Também estou ciente de 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 do procedimento endoscópico digestivo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou representante legal\_\_\_\_\_  
Médico\_\_\_\_\_  
Testemunha