

- **DIETA**

- NÃO é permitida a ingestão de qualquer líquido, inclusive água, nas 6 horas que antecedem o exame.
- Na véspera do exame, o jantar deverá ser leve (evitar alimentos gordurosos) e até às 21 horas.

- **RECOMENDAÇÕES**

- Respeitando critérios de segurança e 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 após o exame.
- É obrigatório no dia do exame apresentar o pedido médico original, carteira do convênio e documento de identificação com foto.
- Traga exames recentes, como, por exemplo, endoscopias anteriores, ultrassonografias, tomografias e exames de sangue.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ECOENDOSCOPIA ALTA

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ CPF: _____

Declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao exame denominado **ECOENDOSCOPIA ALTA** ou **ULTRASSONOGRRAFIA ENDOSCÓPICA**, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado pelo Dr. _____, CRM _____ e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:

1.1. Trata-se de exame que envolve a passagem do aparelho endoscópico pela boca, podendo alcançar até o intestino delgado (duodeno), com o objetivo de explorar visualmente o interior do tubo digestivo e estruturas adjacentes.

1.2. O paciente será sedado através da administração de medicação venosa e anestesia local com um spray de xilocaína para anestésiar a garganta.

2. Dos riscos e complicações inerentes ao procedimento:

2.1 O paciente está ciente que, como ocorre em qualquer procedimento, sempre existirão riscos e a possibilidade de ocorrência de complicações, apesar de todos os cuidados dispensados pelo médico. Entre os principais riscos de complicações estão os seguintes:

- Hemorragia: o aparelho se seus acessórios utilizados no exame poderão causar lesões aos tecidos, mesmo que infrequentes, provocando sangramentos geralmente autolimitados;
- Perfuração de órgãos: embora de rara incidência, o aparelho utilizado ou seus acessórios poderão perfurar órgãos;
- Pancreatite: os pacientes submetidos ao exame em referência poderão desenvolver quadro de pancreatite aguda;
- Infecção: poderão ocorrer infecções, sendo necessários antibióticos para seu tratamento;
- Inflamação local: poderá haver inflamação local em decorrência do procedimento;
- Anestesia: todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco, especialmente as complicações cardio respiratórias.
- Reação à medicação: poderão ocorrer reações locais ou sistêmicas provocadas pela medicação utilizada durante o procedimento ou no período após;
- Choque anafilático: O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre em geral são pacientes já sensibilizados que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica. Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis. Não há como prevenir o choque anafilático, mas é importante que o paciente informe ao médico se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.

2.2. O agravamento das intercorrências acima listadas poderá resultar em observação clínica, cirurgias de emergência, internação em centro de terapia intensiva e até mesmo óbito. O paciente está ciente de que os custos decorrentes de tais medidas serão de sua responsabilidade.

2.3. O paciente foi esclarecido que poderá ser necessária coleta ou drenagem de material através de punção por agulha, para investigação/diagnóstico ou tratamento de alterações suspeitas.

2.4. O paciente declara que foi cientificado pelo médico sobre os riscos externos do procedimento, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como infecções, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos por tempo prolongado.

2.5. Estou ciente de que o exame é uma conduta planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizado, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim. Compreendo que em qualquer procedimento sempre existirão riscos.

3. Contraindicações

3.1. Caberá ao médico responsável avaliar as indicações individuais de cada paciente, sendo certo de que o procedimento não será indicado em casos de inflamações ativas na área que será submetida ao exame.

3.2. Deverão ser observadas individualmente as situações de pacientes cardíacos, com problemas respiratórios ou neurológicos, além de pacientes com alergias a medicações.

4. Cuidados ANTES do procedimento:

- Comparecer acompanhado no dia do exame;
- Responder com honestidade a ficha de anamnese;
- Efetuar jejum absoluto pelo período não inferior a 6 (seis) horas, sob o risco de ocorrer broncoaspiração, ou seja, a passagem de conteúdo gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia e dificuldade de respirar;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, de uso contínuo ou eventual;
- Seguir rigorosamente as orientações de preparo para o exame, dentre elas: fazer uso ou suspender determinados medicamentos, evitar ingerir certos alimentos, não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar.

5. Cuidados APÓS o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescrição médica;
- Não praticar exercícios físicos até liberação médica;
- Esforços físicos e relações sexuais somente após a liberação médica;
- Comparecer às consultas de acompanhamento previamente agendadas;
- Não dirigir veículos, operar máquinas ou tomar decisões importantes, pois os medicamentos utilizados na sedação alteram reflexos e o raciocínio. Procure ficar em casa de repouso, nas próximas 12 horas, evitando esforços.

6. Compromisso com o procedimento:

O paciente se compromete a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pós-procedimento, tendo sido cientificado que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão trazer-lhe prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo inclusive causar sequelas e acarretar danos à sua saúde.

7. Da inexistência de promessa de resultado:

7.1. Devido à subjetividade interpretativa característica do método, salienta-se que qualquer discordância do laudo ou dúvida do médico assistente deverá ser imediatamente comunicada, postergando-se medidas terapêuticas, até que o caso tenha sido revisado. A conclusão desse exame não deve ser interpretada como diagnóstico definitivo, devendo sempre ser analisada em conjunto com os dados clínicos do paciente.

7.2. O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

8. Da autorização para uso da imagem:

Estou de acordo que sejam retiradas fotografias das regiões a serem tratadas, podendo ser publicada em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

9. Das considerações finais:

9.1. Declaro ter informado aos médicos sobre o uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, uso de drogas ilícitas e álcool e outras informações que sejam importantes.

9.2. Fui esclarecido que durante o procedimento podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e por isso outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se necessários. Por tal razão, AUTORIZO o médico responsável, a realizar os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

9.3. Declaro por fim ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, e expresse o meu consentimento para realização do procedimento proposto.

9.4. Declaro que todo o procedimento foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o exame.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Paciente ou representante legal

Médico

Testemunha

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA**

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

1. Autorizo o anestesiológista abaixo identificado a realizar SEDAÇÃO, em mim ou paciente pelo qual sou responsável, para realização de: () videoendoscopia digestiva alta com ou sem procedimentos
() videocolonosopia com ou sem procedimentos
2. Os benefícios e principais aspectos da técnica escolhida e as alternativas foram comigo discutidas.
3. Embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos, respiratórios, alérgicos, náuseas, vômitos e broncoaspiração. Tenho consciência de que pode haver outros riscos ou complicações inesperados não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamento disponíveis no setor para o melhor resultado possível e caso necessário serei encaminhado a uma unidade hospitalar para continuidade do tratamento.
4. Declaro a veracidade das informações com relação ao preparo adequado, principalmente no que concerne o tempo de jejum, respeitando o intervalo mínimo de 4 horas para líquidos e água.
5. **Estou ciente que a realização da sedação está condicionada a haver um acompanhante maior de idade para me acompanhar até minha residência e que estou proibido de dirigir ou praticar qualquer atividade que exija equilíbrio ou atenção nas próximas 12 horas.**
6. Declaro que prestei todas as informações relativa às minhas alterações de saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas sendo respondidas de maneira clara e objetiva e não restando dúvidas, autorizo a realização do procedimento proposto.
8. Reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objetivo deste documento, se realize.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Nome do paciente ou responsável*_____
Anestesiologista

*Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (responsável legal) ou quando o paciente não tenha condições.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de:

- () Situação de Emergência
() Recusa do Paciente
() Recusa do Responsável Legal