

- **2 (dois) dias antes do exame**

NÃO é permitido ingerir: sementes, incluindo feijão, amendoins, nozes e cereais integrais, tais como linhaça, trigo, aveia, centeio, cevada e cereais matinais.

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

Durante o dia, ingerir no mínimo 2 litros de água ou líquidos claros sem resíduos, tais como água de coco, chás claros (erva-doce, cidreira ou camomila), suco de fruta processado ou natural coado (maracujá, laranja ou limão) ou bebidas isotônicas (laranja, limão, tangerina ou maracujá).

NÃO é permitido ingerir: sementes, incluindo feijão, amendoins, nozes e cereais integrais, tais como linhaça, trigo, aveia, centeio, cevada, cereais matinais, alimentos de cor vermelha, carne vermelha, embutidos (linguiça, mortadela, presunto, salsicha etc.), verduras e frutas em geral, bebidas de cor escura, como, por exemplo, suco de uva, café, refrigerante ou chás escuros, bebida alcoólica, leite integral e seus derivados.

Café da manhã: é permitido biscoito água e sal ou polvilho, torrada sem ser integral, leite desnatado, chás claros, suco de fruta processado, natural coado ou bebidas isotônicas, sempre de coloração clara.

Almoço: é permitido arroz branco, ovo cozido, filé de frango ou peixe de carne branca, grelhado, legumes cozidos e sem casca, como, por exemplo, abóbora, batata, cenoura e chuchu, caldo ou sopa, coado e sem resíduos, macarrão sem molho, água de coco, chás claros, suco de fruta processado, natural coado ou bebidas isotônicas, sempre de coloração clara.

Lanche da tarde: repetir o café da manhã.

Às 20 horas, iniciar o **PREPARO DO CÓLON:** ingerir o 1º sachê de PICOPREP®. Após beber o PICOPREP®, ingerir 1,5 litro de água ou líquidos claros sem resíduos por 2 horas. **IMPORTANTE:** o conteúdo do sachê deverá ser dissolvido em um copo de 150ml de água, primeiro a água, depois o pó. Mexer com uma colher por 3 minutos, para dissolvê-lo por completo. A solução poderá ficar quente enquanto se dissolve. Caso isso aconteça, aguardar que a solução resfrie para depois bebê-la. Não colocar na geladeira para resfriar. Beber imediatamente após a preparação.

Jantar: dieta líquida, como, por exemplo, caldo ou sopa, coado e sem resíduos, água de coco, chás claros, suco de fruta processado, natural coado ou bebidas isotônicas, sempre de coloração clara.

- **NO DIA DO EXAME**

Café da manhã: é permitido somente líquidos sem resíduos, como, por exemplo, chás claros, suco de fruta processado, natural coado ou bebidas isotônicas, sempre de coloração clara. **PROIBIDO** café ou qualquer líquido de cor escura.

6 horas **ANTES** do horário marcado para o exame, continuar o **PREPARO DO CÓLON:** ingerir o 2º sachê de PICOPREP®. Depois de beber o PICOPREP®, ingerir 1 litro de água ou líquidos claros sem resíduos por 2 horas.

5 horas **ANTES** do horário marcado para o exame, paciente com menos de 75 anos deve complementar o **PREPARO DO CÓLON:** ingerir 1 frasco de 250ml de MANITOL®, pausadamente, misturado com limão coado e gelo a gosto.

IMPORTANTE: embora esteja escrito no rótulo “solução injetável”, o MANITOL® deverá ser utilizado por via oral.

É importante observar o **aspecto das fezes**. Para que o preparo do intestino esteja adequado, a evacuação deve ser líquida e de cor clara, semelhante à urina e sem presença de resíduos. **DICA:** caminhar dentro de casa ajuda no preparo, pois facilita o esvaziamento do estômago. **Se o preparo não estiver adequado o exame poderá ser suspenso pela EQUIPE MÉDICA.**

Raras vezes o paciente relata náuseas e/ ou vômitos, neste caso poderá ingerir 1 comprimido de Motilium® 10mg ou Digesan® 10mg; em caso de dor de cabeça, Novalgina® 1g ou Tylenol® 750mg, caso não tenha nenhuma contraindicação à ingestão destes medicamentos.

4 horas ANTES, iniciar o JEJUM absoluto, inclusive de água.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

A Colonoscopia é um exame muito solicitado atualmente, tanto na investigação dos sintomas intestinais como na prevenção do câncer de cólon. A duração total do exame é cerca de 50 minutos, desde o início da investigação até a recuperação final da sedação e liberação do paciente, mas este tempo pode variar, pois cada caso é único.

A limpeza adequada do intestino grosso (preparo do cólon) é de fundamental importância para realização de uma boa colonoscopia. Portanto, siga corretamente as instruções dadas na ocasião da marcação, e leia com muita atenção as recomendações a seguir:

- **Acima dos 70 anos** é necessário trazer o **risco cirúrgico** para **ambiente ambulatorial**. A execução do exame é realizada com sedação venosa efetuada por anestesologista, **sendo o preparo intestinal em casa**.
- A princípio, na maioria das vezes, o preparo pode ser realizado em casa, não havendo necessidade de internação hospitalar, desde que não haja nenhuma contraindicação atestada após a avaliação do seu médico assistente. Consulte-o.
- 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.
- 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.
- Se fizer uso regular de **laxantes**, manter o uso até a véspera do exame.
- Caso utilize aparelhos noturnos (CPAP ou BIPAP), deverá trazê-los no dia do exame.
- Use roupas confortáveis e fáceis de vestir. Não venha com pertences de metal.
- 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 colonoscopia anterior, exames de sangue, eletrocardiograma e raio X de tórax.
- 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.

Apesar de todas as medidas efetuadas na GASTROENDO para reduzir os riscos relacionados à colonoscopia, este exame não é isento de complicações. Estas podem estar relacionadas ao preparo de cólon, à sedação, e ao próprio exame. As complicações relacionadas à colonoscopia variam desde um desconforto abdominal devido ao ar insuflado até a perfuração do cólon, que é rara, mas quando acontece, pode haver um tratamento cirúrgico. As principais complicações estão listadas no “consentimento informado” que lhe é apresentado antes do exame, e os nossos médicos estão à disposição para qualquer esclarecimento.

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 COLONOSCOPIA

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 Colonoscopia, 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, após sedação profunda. A visualização será realizada por um vídeo monitor da mucosa do reto, cólon e, eventualmente, íleo.

Estou também ciente de que este exame será realizado sob sedação profunda, efetuada por um médico anestesiológico, com monitoração cardíaca e ventilatória, associada a uma analgesia exigida pela natureza desconfortável do procedimento.

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. Estou ciente, também, dos riscos e complicações relacionados ao procedimento anestésico, incluindo hipoxemia, broncoaspiração e flebite.

Compreendi que o exame pode não ser realizado ou ser interrompido antes da sua conclusão por dificuldades técnicas ou preparo inadequado 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. Possui a chance de entrar em contato com um médico da equipe Gastroendo, por meio do(a) recepcionista, para possuir 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

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA**

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

1. Autorizo o anesthesiologista 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*_____
Anesthesiologista

*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